**Nom de l’école : GROUPE SCOLAIRE DE MONT**

**Responsables légaux**

Situation Matrimonial :

Mariés PacsésDivorcés Concubins 

Responsable légal 1 : PERE :

Nom : .................................................................. Prénom : ......................................................

Date de naissance : ........ / ....... / .......

Adresse : ...................................................................................................................................

Code Postal : ............................... Ville : ...................................................................................

Téléphone domicile : ........................................... Téléphone portable : ...................................

Téléphone professionnel : ................................... Courriel : .....................................................

Responsable légal 2 : MERE :

Nom : .................................................................. Prénom : .......................................................

Date de naissance : ........ / ....... / .......

Adresse : ....................................................................................................................................

Code Postal : ............................... Ville : ....................................................................................

Téléphone domicile : ........................................... Téléphone portable : ...................................

Téléphone professionnel : ................................... Courriel : .....................................................

Dossier à compléter et à retourner accompagné des pièces demandées à la Mairie de MONT **avant le 21 juin 2021**

**Contacts : Sylvie FORSANS**

Tél : 05 59 67 64 63

 **1er enfant**

Nom : .................................................................. Prénom : .....................................................

Né(e) le : ........... / ............ /............ à : ............................................. Sexe : M F 

École : ................................................................. Classe / niveau à la rentrée : .....................

**Renseignements complémentaires**

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**2ème enfant**

Nom : .................................................................. Prénom : .....................................................

Né(e) le : ........... / ............ /............ à : ............................................... Sexe : M F 

École : ................................................................. Classe / niveau à la rentrée : ......................

**Renseignements complémentaires**

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**3ème enfant**

Nom : .................................................................. Prénom : ............................................................

Né(e) le : ........... / ............ /............ à : ............................................... Sexe : M F 

École : ................................................................. Classe / niveau à la rentrée : ....................

**Renseignements complémentaires**

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4ème enfant**

Nom : .................................................................. Prénom : ............................................................

Né(e) le : ........... / ............ /............ à : .............................................. Sexe : M F 

École : ................................................................. Classe / niveau à la rentrée : ....................

**Renseignements complémentaires**

Observations médicales : (allergies alimentaires, certificat médical en cas de maladies chroniques, ...)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 **Personnes à prévenir et/ou autorisées** *(cocher la ou les cases)*

Personnes à prévenir en cas d’urgence et/ou autorisées à prendre en charge votre enfant.

Nom : .................................................................. Prénom : ...................................................... Téléphone domicile : ........................................... Téléphone portable : .................................

Autorisation : Contact en cas d’urgence  Prise en charge 

Nom : .................................................................. Prénom : .......................................................

Téléphone domicile : ........................................... Téléphone portable : ....................................

Autorisation : Contact en cas d’urgence  Prise en charge 

Nom : .................................................................. Prénom : ......................................................

Téléphone domicile : ........................................... Téléphone portable : ....................................

Autorisation : Contact en cas d’urgence  Prise en charge 

Nom : .................................................................. Prénom : ......................................................

Téléphone domicile : ........................................... Téléphone portable : ....................................

Autorisation : Contact en cas d’urgence  Prise en charge 

**Les personnes non désignées pour venir chercher les enfants se verront réclamer par l’agent municipal une autorisation écrite des parents et une pièce d’identité.**

 **Droit à l'image Demande d'autorisation**

Je (Nous), soussigné(e)(s) ...................................................................................................................................................

Responsable(s) légal(aux) de(s) enfant(s) suivant(s) ....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

**Autorisons – n’autorisons pas**

(rayer la mention inutile)

La Commune de MONT à photographier et filmer notre enfant / nos enfants au cours de l’année scolaire 2021/2022 :

**Autorisons – n’autorisons pas**

(rayer la mention inutile)

La commune de MONT à publier et/ou exposer les photographies ou images filmées pour les usages suivants :

- bulletin d’information municipal accessible sur le site internet de la commune de MONT et en version papier.

- site internet de la commune de MONT .

- expositions ou publications sous format papier ou numérique dans le cadre d’activités pédagogiques.

- Presses écrites pour illustrer des activités du groupe scolaire.

Les images ne seront ni communiquées à d’autres personnes, ni vendues, ni utilisées pour d’autres usages que ceux susmentionnés.

La publication ou la diffusion d’images des enfants ainsi que les légendes ou commentaires les accompagnant ne porteront pas atteinte à leur dignité, à leur vie privée ou à leur réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux images est garanti. À tout moment, pourra être vérifié l’usage qui en est fait. Les intéressés disposent du droit de retrait des images.

**Autorisation d’hospitalisation**

Je (Nous), soussigné(e)(s) ......................................................................................................... responsable(s) légal(e) (aux) de(s) enfant(s) suivant(s) : ....................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Autorise (autorisons) la Commune de MONT représentée par le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de mon enfant/nos enfants.

Médecin de Famille : …………………………………………………………………………………

Téléphone : …………………………………..…….

Centre Hospitalier : ……………………………………………………………………………………

**Veuillez indiquer toutes recommandations particulières concernant l’enfant : allergie, maladie, contre-indication :**

1er Enfant : Prénom : ………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

2ème Enfant : Prénom : ……………………………………………………………………..………..

……………………………………………………………………………………………………………

3ème Enfant : Prénom : .…………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

 **Inscription à la restauration scolaire**

Les parents :

**Souhaitent bénéficier pour leurs enfants du service de cantine suivant le tableau ci-dessous.**

**Souhaitent que leur enfant bénéficie d’un repas spécifique**.

 Précisez : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Tous les Jours | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Inscription GARDERIE**

Les parents :

**Souhaitent bénéficier pour leurs enfants du service de garderie pour l’année 2020/2021 suivant le tableau ci-dessous.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LUNDI** | **MARDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** | **Occasionnelle** |
| Matin | Soir | Matin | Soir | Matin | Matin | Soir | Matin | Soir |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Souhaitent, dans le cas où ils ne peuvent être présents, que leur enfant soit récupéré par l’une des personnes mentionnées en page 2.**

**INSCRIPTION TRANSPORT SCOLAIRE
(Seulement pour les enfants de Gouze, Arance, Lendresse)**

Les parents

**Souhaitent bénéficier pour leurs enfants du service de transport scolaire pour l’année 2021/2022 suivant le tableau ci-dessous.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARRETS** | **GOUZE RD 275** | **GOUZE Bourg** | **Lendresse** | **Arance** |
| **LUNDI** | Matin |  |  |  |  |
| Soir |  |  |  |  |
| **MARDI** | Matin |  |  |  |  |
| Soir |  |  |  |  |
| **MERCREDI** | Matin |  |  |  |  |
| Midi |  |  |  |  |
| **JEUDI** | Matin |  |  |  |  |
| Soir |  |  |  |  |
| **VENDREDI** | Matin |  |  |  |  |
| Soir |  |  |  |  |

**Souhaitent, dans le cas où ils ne peuvent être présents à l’arrêt de bus, que leur enfant soit récupéré par l’une des personnes mentionnées en page 2. Ces personnes seront présentées par les parents aux accompagnatrices.**

**Autorisent leur enfant à rentrer seul à leur domicile.**

**L’inscription au transport scolaire se fait en ligne sur le site**

**https:// transports .nouvelle aquitaine .fr/ transports-scolaires inscription .**

Je (Nous), soussigné(e)(s) ......................................................................................................... responsable(s) légal(e) (aux) de(s) enfant(s) suivant(s) :

....................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Accepte (acceptons) les règlements des services collectés et m’engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Nous confirmons avoir connaissance des différents règlements intérieurs présent sur le site de la commune de Mont.

Fait à ……………………, le ………………………………

Nom et Signature
(précédé de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Dossier à compléter et à retourner via le cahier de votre enfant ou à déposer à la Mairie de MONT **avant le 21 juin 2021**

**Contacts : Sylvie FORSANS.**

Tél : 05 59 67 64 63