



Nom de l'école : GROUPE SCOLAIRE DE MONT

RESPONSABLES LÉGAUX

Situation matrimoniale :

- ☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Concubins
☐ Divorcés ☐ Séparés ☐ Autre

Responsable légal 1 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Courriel : @

Responsable légal 2 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Courriel : @

Dossier à compléter et à retourner
via le cahier de votre enfant ou à déposer à la Mairie de MONT
avant le 27 juin 2025
Contact : Émilie CHAPUT
Tél : 06.33.34.75.56
Email : ecole@mairie-mont.fr

**ENFANT(S)****1^{er} enfant**Nom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le : / / à : Classe à la rentrée :

Renseignements complémentaires

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

.....

2^{ème} enfantNom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le : / / à : Classe à la rentrée :

Renseignements complémentaires

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

.....

3^{ème} enfantNom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le : / / à : Classe à la rentrée :

Renseignements complémentaires

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

.....

4^{ème} enfantNom : Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le : / / à : Classe à la rentrée :

Renseignements complémentaires

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

.....

**PERSONNES À PRÉVENIR ET/OU AUTORISÉES**

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre en charge votre (vos) enfant(s) (autres que les responsables légaux désignés précédemment).

NOM et Prénom de l'enfant ou des enfants :

.....
.....

Pour des raisons de sécurité, les enfants seront confiés uniquement aux parents ou à une autre personne majeure inscrite ci-dessous :

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant (ou les enfants) :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Autorisation : ☐ Contact en cas d'urgence ☐ Prise en charge

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant (ou les enfants) :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Autorisation : ☐ Contact en cas d'urgence ☐ Prise en charge

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant (ou les enfants) :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Autorisation : ☐ Contact en cas d'urgence ☐ Prise en charge

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant (ou les enfants) :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Autorisation : ☐ Contact en cas d'urgence ☐ Prise en charge



DROIT À L'IMAGE DEMANDE D'AUTORISATION

NOM et Prénom de l'enfant ou des enfants :

.....
.....

La Commune de MONT ☐ **est autorisée** – ☐ **n'est pas autorisée**

à photographier et filmer l'enfant (ou les enfants) susnommé(s) au cours de l'année scolaire 2025/2026.

La Commune de MONT ☐ **est autorisée** – ☐ **n'est pas autorisée**

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

NOM et Prénom de l'enfant ou des enfants :

.....
.....

La Commune de MONT, représentée par le personnel communal,

☐ **est autorisée** – ☐ **n'est pas autorisée**

à contacter un service d'urgence (Pompiers, SAMU) et/ou le médecin traitant, pour que puissent être pratiqués les soins nécessaires (hospitalisation vers l'hôpital le mieux adapté, intervention chirurgicale...) rendus nécessaires par l'état de santé de l'enfant (ou des enfants) susnommé(s). Les représentants légaux seront immédiatement informés.

Médecin traitant :

Téléphone du médecin :

Veillez indiquer toutes recommandations particulières concernant l'enfant : allergie, maladie, contre-indication :

1^{er} Enfant : Prénom :
.....

2ème Enfant : Prénom :
.....

3ème Enfant : Prénom :
.....

4ème Enfant : Prénom :
.....



INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE

NOM et Prénom de l'enfant ou des enfants :

.....

.....

Le(s) représentant(s) légal (légaux)

☐ souhaite(nt) bénéficier pour l'enfant (ou les enfants) susnommé(s) du service de cantine suivant le tableau ci-dessous.

☐ souhaite(nt) que l'enfant (ou les enfants) susnommé(s) bénéficie(nt) d'un repas spécifique. Précisez :

.....

.....

NOM et Prénom	Tous les jours	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

En cas d'allergie alimentaire, les parents doivent réaliser une démarche de PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Cette démarche est engagée par la famille auprès de l'école et du médecin scolaire. Si le service de restauration scolaire n'est pas en mesure de fournir le repas à votre enfant, ce dernier pourra néanmoins accéder à ce service en amenant son repas.

☐ souhaite(nt) que l'enfant (ou les enfants) mange(nt) de façon occasionnelle ou très ponctuelle au restaurant scolaire.

☐ ne souhaite(nt) pas d'inscription au restaurant scolaire.

**INSCRIPTION GARDERIE**

NOM et Prénom de l'enfant ou des enfants :

.....

.....

Le(s) représentant(s) légal (légaux)

☐ souhaite(nt) bénéficier pour l'enfant (ou les enfants) susnommé(s) du service de garderie pour l'année 2025/2026 suivant le tableau ci-dessous.

LUNDI		MARDI		JEUDI		VENDREDI		Occasionnelle
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	



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

NOM et Prénom de l'enfant ou des enfants :

.....

.....

Le(s) représentant(s) légal (légaux)

☐ souhaite(nt) bénéficier pour l'enfant (ou les enfants) susnommé(s) du service de transport scolaire pour l'année 2025/2026 suivant le tableau ci-dessous.

ARRÊTS	GOUZE RD 275		GOUZE Bourg		LENDRESSE		ARANCE	
	08h24	16h26	08h20	16h30	08h15	16h35	08h10	16h40
LUNDI								
MARDI								
JEUDI								
VENDREDI								

☐ souhaite(nt), dans le cas où ils ne peuvent être présents à l'arrêt de bus, que l'enfant (ou les enfants) susnommé(s) soi(en)t pris en charge par l'une des personnes mentionnées en page 2. Ces personnes seront présentées par les parents à l'accompagnatrice.

☐ autorise(nt) l'enfant (ou les enfants) susnommé(s) à rentrer seul à leur domicile.



La Commune ne gère pas le transport scolaire. L'inscription au transport scolaire se fait en ligne sur le site internet de la région Nouvelle Aquitaine à l'adresse suivante : <https://transports.nouvelle-aquitaine.fr/transports-scolaires/inscription>

La Commune participe à hauteur de 50 % du tarif de base avec un montant maximum de la participation appelée dans la limite de 75 euros par enfant. N'oubliez de fournir votre relevé de facturation et un RIB à la mairie.



VALIDATION DOSSIER

NOM et Prénom de l'enfant ou des enfants :

.....
.....

Le(s) représentant(s) légal (légaux)

Valide(nt) les choix des pages précédentes.

S'engage(nt) à signaler toute modification des renseignements fournis.

Confirme(nt) avoir connaissance des différents règlements intérieurs présents sur le site internet de la Commune de MONT.

Fait à, le

Nom(s) et Signature(s)
(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 27 juin 2025
Contact : Émilie CHAPUT
Tél : 06.33.34.75.56
Email : ecole@mairie-mont.fr