

**Année : 2026-2027**

**fiche à retourner en mairie au plus tard le 30/06/2026**

**accompagnée du règlement forfaitaire**

**(Chèque libellé à l'ordre du Trésor Public)**

• **1<sup>er</sup> ENFANT**

NOM..... Prénom .....  
Date et lieu de naissance..... Sexe : M  F   
Classe fréquentée..... Instituteur (trice).....

• **2<sup>ème</sup> ENFANT**

NOM..... Prénom .....  
Date et lieu de naissance..... Sexe : M  F   
Classe fréquentée..... Instituteur (trice).....

• **3<sup>ème</sup> ENFANT**

NOM..... Prénom .....  
Date et lieu de naissance..... Sexe : M  F   
Classe fréquentée..... Instituteur (trice).....

**Parent 1 : Responsable légal**  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance .....

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

**Téléphone en cas d'urgence :** .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....

**Parent 2 : Responsable légale**  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

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

**Téléphone en cas d'urgence :** .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....

**SITUATION FAMILIALE :**

marié(e)  célibataire  divorcé(e)  séparé(e)  vie maritale  pacsé(e)  veuf (ve)

**ASSURANCE OBLIGATOIRE : Fournir l'attestation en cours de validité**

Assurance de l'enfant.....N° de Police.....

Adresse de l'assureur.....

**ENFANT DE MATERNELLE : PERSONNE(S) HABILITEE(S) A REPENDRE SI DIFFERENTE(S) DES PARENTS**

Indiquer les coordonnées de(s) personne(s) et les numéros de téléphones. **Signer à côté de chaque nom.**

Attention : signaler tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile).

Qualité (Assistante maternelle ou familiale, grands-parents, oncle ou tante, **frère ou sœur en primaire ...**)

M..... Qualité..... ☎..... ①.....

Signature : .....

Qualité (Assistante maternelle ou familiale, grands-parents, oncle ou tante, frère ou sœur en primaire ...)

M..... Qualité..... ☎..... ①.....

Signature : .....

**ENFANT DE PRIMAIRE : Règlementairement l'enfant est autonome, donc il est susceptible de RENTRE SEUL**

Autorisation des parents pour laisser l'enfant de primaire rentrer seul : |Oui |Non

Signature : .....

**FREQUENTATION PREVUE DU TRANSPORT SCOLAIRE LAILLE-MARIGNE :**

1- Tous les jours

2- 1e(s) jour(s) suivant(s) :

- Lundi
- Mardi
- Jeudi
- Vendredi

Matin  Soir

3- Occasionnellement

Précisez les jours et circonstances : .....

**ARRET CHOISI ET DEPART DE L'AUTOCAR :**

Arrêt « Aribus » Parking Laillé Route de Tours

Matin 8h30

Soir 16h45

Arrêt « Aribus Les Pierres Bises »

Matin 8h35

Soir 16h50

Arrêt « Aribus La Croix Potier » Les Renardières

Matin 8h40

Soir 16h40

**TARIF 2026-2027**

Participation annuelle (année scolaire) et forfaitaire par famille

1 enfant inscrit au service 41 €

2 enfants et plus inscrits au service 70 €

**Afin de respecter le plus précisément les heures de ramassage, il est indispensable que les enfants et les accompagnateurs soient présents au moins 5 minutes avant l'heure de départ ou d'arrivée de l'autocar. Les parents des enfants des classes maternelles ou la personne dûment habilitée par eux sont obligatoirement présents à l'arrêt de l'autocar matin et/ou soir.**

**Le soir, à défaut de la présence de la personne légale ou habilitée, l'enfant non autorisé à partir seul attendra au dernier arrêt de car « Les Pierres Bises », les parents seront prévenus par téléphone.**

**TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE ENTRAÎNERA LA NON-PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT PAR LA NAVETTE SCOLAIRE.**

**URGENCE MEDICALE :** En cas d'accident grave, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation.

**Autorisation parentale (obligatoire) de soigner, d'opérer l'enfant**

• **1<sup>er</sup> enfant :**

Je soussigné (e) Nom..... Prénom.....

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) donne l'autorisation de soigner, d'opérer, mon enfant

(Nom)..... Prénom..... âgé (e) de .....ans

Et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

• **2<sup>ème</sup> enfant :**

Je soussigné (e) Nom..... Prénom.....

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) donne l'autorisation de soigner, d'opérer, mon enfant

(Nom)..... Prénom..... âgé (e) de .....ans

Et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

• **3<sup>ème</sup> enfant :**

Je soussigné (e) Nom..... Prénom.....

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) donne l'autorisation de soigner, d'opérer, mon enfant

(Nom)..... Prénom..... âgé (e) de .....ans

Et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Rappel : en cas d'accident hors temps scolaire la responsabilité de la Commune de Marigné ne pourra être engagée qu'en cas de défaut de surveillance.

Je soussigné (e) : Nom..... Prénom.....

Responsable légal en qualité de **père, tuteur, assistant familial** (1) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche **et avoir pris connaissance du règlement relatif au transport scolaire consultable en mairie et sur le site de la collectivité.**

Date.....

Signature,

Je soussigné (e) : Nom..... Prénom.....

Responsable légal en qualité de **mère, tutrice, assistante familiale** (1) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche **et avoir pris connaissance du règlement relatif au transport scolaire consultable en mairie et sur le site de la collectivité.**

**La signature du présent document par l'un des représentants légaux engage conjointement les représentants légaux de l'enfant de manière indivisible.**

Date.....

Signature,

(1) Rayer les mentions inutiles