

FICHE DE LIAISON COMMUNE DE MONTLIVAUT

Enfant à inscrire

NOM et Prénom :

Date de naissance : / / Garçon Fille

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

LE RESPONSABLE LEGAL :

Père mère tuteur famille d'accueil *
(*barrer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / /

Courriel :@.....

Conjoint :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / /

Courriel :@.....

Situation parentale

(*barrer la mention inutile)

Parents séparés ? Oui Non

Qui a la charge de(s) enfant(s)? Père Mère Autre, à préciser :

L'autre parent est-il autorisé à prendre les enfants ? Oui Non

Observation :

Autres personnes autorisées à prendre les enfants (autorisation écrite) :

Nom/ Prénom : Nom/ Prénom :

Lien de parenté : Lien de parenté :

Téléphone : / / / / Téléphone : / / / /

Facturation aux familles :

Coordonnées de la personne réglant les factures :

Observation :

(*barrer la mention inutile)

Régime de sécurité sociale : Général Agricole Autres, à préciser :

Numéro Allocataire (CAF) :

(Cette information est indispensable pour l'utilisation de CAFPRO)

Numéro de matricule de l'assuré (MSA) :

Assurance **(fournir attestation pour la rentrée)**:

Nom de la compagnie : N° de la police :

FICHE DE LIAISON COMMUNE DE MONTLIVAUT

Santé de l'enfant

VACCINATIONS :

Vaccin obligatoire : DT POLIO : oui non Date du dernier rappel :

Vaccins recommandés :

BCG :	oui <input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
ROR :	oui <input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Hépatite B :	oui <input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Méningite :	oui <input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	oui <input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Asthme médicamenteuse alimentaire autres (maquillage...)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un allergologue + PAI)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc ?

Votre enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui Non
*(*barrer la mention inutile)*

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Urgence, établissement hospitalier souhaité :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Urgence, personne à prévenir en priorité :

Nom/ prénom

N° de téléphone :

- J'autorise la commune de Montlivault à intervenir auprès du médecin traitant ou à défaut d'un médecin de garde et en cas de nécessité, à faire hospitaliser mon enfant.
- Je m'engage, ainsi que mon enfant, à respecter les termes du règlement intérieur.

A Montlivault, le

Signature des parents :