



NOM et Prénom de l'élève : Classe :
Date de naissance : / / Garçon Fille

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

LE RESPONSABLE LEGAL :

Père Mère Tuteur Famille d'accueil

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / /

Courriel :@.....

Conjoint / second parent :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / /

Courriel :@.....

Situation parentale

Parents séparés ? Oui Non

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

Le second parent est-il autorisé à prendre les enfants ? Oui Non

Observations :

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

Nom/ Prénom : Nom/ Prénom :

Lien de parenté : Lien de parenté :

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

Nom/ Prénom : Nom/ Prénom :

Lien de parenté : Lien de parenté :

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

L'enfant est-il autorisé à repartir seul de l'école ou de la garderie ? Oui Non

Observations :

Facturation aux familles :

Coordonnées de la personne réglant les factures : Nom : Prénom :

Adresse :

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

Numéro Allocataire (CAF / MSA) :

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

Documents obligatoires à joindre :

- Copie des pages de vaccination (nom, prénom et date de naissance doivent figurer avant copie)
- Attestation CAF / MSA
- Attestation d'assurance péri et extra-scolaire

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...)

PAI oui non (joindre impérativement le dossier complet PAI avant la rentrée)

Observations :

Recommandations utiles des parents

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

Précision :

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui non

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 :

Repas de l'enfant

Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant scolaire : oui non

Si oui, à compter de quelle date : ... / ... / Ce repas sera-t-il : classique sans porc sans viande

Fréquence régulière: Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Si fréquence occasionnelle : adresser un mail à contact@montlivault.fr

Les commandes et annulations doivent être adressées par mail au secrétariat contact@montlivault.fr la veille avant 9h (pour le lundi, envoi le vendredi avant 9h). Tout repas non annulé dans les délais sera facturé, sauf conditions particulières énoncées dans le règlement intérieur.

- 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 :

DOCUMENT A RENDRE AU SECRÉTARIAT AVANT LE 03 JUILLET 2023