

## FICHE DE LIAISON COMMUNE DE MONTLIVAUT

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](mailto:contact@montlivault.fr)

Les commandes et annulations doivent être adressées par mail au secrétariat [contact@montlivault.fr](mailto: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 IMPÉRATIVEMENT**