

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

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 IMPÉRATIVEMENT