



**ENFANT : NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....  
**DATE DE NAISSANCE :** ..... **SEXE :**  M  F  
**ÉCOLE :** ..... **DEROGATION**   
**CLASSE à la rentrée 2019-2020 :** .....

## PARENTS

<p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Portable : .....</p> <p>Professionnel : .....</p> <p> Mail : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité</p>	<p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Portable : .....</p> <p>Professionnel : .....</p> <p> Mail : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité</p>
---	--

Situation familiale :

Mariés  Divorcés  Union Libre  Pacsés  Célibataire  Séparés  Veuf(ve)

Facture adressée aux parents  
**En cas de séparation des parents :**  Facture adressée à la mère  Facture adressée au père  
 Facture séparée

**CAF : N° allocataire :** ..... **Quotient familial :** .....  
 Sans communication du quotient CAF, c'est le montant maximum qui s'appliquera.

**Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)**

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Occasionnel

**Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant le lundi 2 septembre 2019 ?**  Oui  Non

**Type de repas :** standard  sans porc  **PAI (sur justification médicale)**   
 (repas fourni par la famille)

*Sans PAI, aucun enfant allergique ne pourra être accepté en restauration scolaire.*

**PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS**  
 (en dehors du ou des responsables déjà mentionnés ci-dessus)

NOM – Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Je soussigné(e) ....., responsable de l'enfant, certifie avoir reçu ce jour le règlement de la vie scolaire et en accepter les termes.**  
 Date : ..... Signature des parents : .....  
**Attention : tout changement de situation (familiale, adresse, quotient CAF) doit être signalé au service éducation.**

**RÉSERVÉ AU SERVICE**

Fiche sanitaire  Fiche de paie Monsieur ou Assedic  Avis d'imposition  
 PAI  Fiche de paie Madame ou Assedic  Quotient CAF  
 Livret de famille  Document attestant de l'autorité parentale et de la résidence de l'enfant

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F  
 ÉCOLE : ..... CLASSE à la rentrée 2019-2020 : .....

## VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio (Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite)				Coqueluche	
				Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres	

*Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir un certificat de contre-indication.*

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT

(allergies médicamenteuses, asthme...)

Problème dû à :

Manifestations :

Conduite à tenir :

.....  
 .....  
 .....

## ALLERGIES ALIMENTAIRES

Allergie à :

Manifestations :

Aliments à proscrire :

.....  
 .....  
 .....

*Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité des parents de nous signaler tout problème médical touchant leur enfant.*

*Pour un enfant souffrant d'allergie(s) alimentaire(s), son inscription ne sera effective qu'à partir du moment où un certificat médical nous aura été fourni.*

*Dans le cas où l'allergie amènerait à exclure un aliment, nous vous demanderons de prendre contact avec le service, afin qu'un projet d'accueil individualisé soit éventuellement envisagé.*

## NOM – PRÉNOM – N° TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

.....  
 .....

Je soussigné(e) ....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :

*Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le temps de restauration et d'accueil de votre enfant. Elle sera transmise à Loisirs Enfance Jeunesse de Seyssins (LEJS) en charge de l'animation.*

## RÉSERVÉ AU SERVICE

Mise en place d'un PAI :  Oui  Non

RDV avec le responsable le : ..... à .....

Certificat médical

Autorisation parentale d'administrer un médicament