

**ENFANT : NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....  
**DATE DE NAISSANCE :** ..... **SEXE :**  M  F  
**ÉCOLE :** ..... **DEROGATION**   
**CLASSE à la rentrée 2018-2019 :** .....

PARENTS	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... Portable : ..... Professionnel : ..... Mail : .....	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... ..... Portable : ..... Professionnel : ..... Mail : .....

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 3 septembre 2018 ?**  Oui  Non  
**Type de repas :** standard  sans porc  PAI (sur justification médicale)   
 (repas fourni par la famille)

**Remarques :** .....  
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  
 Document attestant de l'autorité parentale et de la résidence de l'enfant

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

ENFANT : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  M  F  
 ÉCOLE : ..... CLASSE à la rentrée 2018-2019 : .....

## VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio (Diphtérie, 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

Certificat médical

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

Autorisation parentale d'administrer un médicament