

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

	Père	Mère	Conjoint(e) actuel(le) de la personne ayant la garde (en cas de vie maritale)
Nom			
Prénom			
Adresse complète (préciser bât, logement ...)			
Code Postal			
Ville			
Tél domicile et/ou portable			
Nom et adresse de l'employeur			
Tél professionnel			

Adresse mail de la personne ayant la garde de l'enfant (obligatoire - merci d'écrire très lisiblement) :

Voulez-vous recevoir les factures : ☐ par courrier ☐ par mail

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2017 sur les revenus 2016 (pour les personnes vivant en concubinage, fournir les deux avis)
- Une attestation de paiement CAF datant de moins de 3 mois
- En cas de séparation, la photocopie du jugement ou ordonnance du Juge des Affaires Familiales (les familles en garde alternée devront fournir le planning de garde et l'autre parent devra constituer son propre dossier)
- Une attestation d'employeur datant de moins de 3 mois (pour la restauration scolaire des enfants scolarisés en école maternelle et pour l'accueil périscolaire des enfants scolarisés en école maternelle et élémentaire)
- La fiche de renseignements jointe au dossier
- Une photocopie du carnet de vaccination
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile
- En cas d'allergie, un certificat médical et un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Je soussigné(e) (Nom - Prénom)

- certifie que les informations fournies sont exactes
- déclare avoir lu et accepté les règlements intérieurs en vigueur, consultables sur la page d'accueil du Portail Famille de la ville de Liancourt (<https://portail-liancourt.ciril.net>)
- autorise la prise de photos et vidéos de l'enfant ainsi que leur utilisation sur les supports de communication de la ville : ☐ oui ☐ non

Fait à..... le.....

Signature

IMPORTANT : Au cours de l'année scolaire, toute modification concernant les informations données doit être rapidement signalée en mairie (adresse, numéro de téléphone, situation de famille, nom et numéro de téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant, ...)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Ecole maternelle/élémentaire * : Classe fréquentée à la rentrée :

* Rayer la mention inutile

Nom/Prénom du responsable légal :

Adresse :

Téléphone du domicile : Téléphone portable :

Téléphone professionnel : Adresse mail :

Garde juridique : ☐ aux deux parents ☐ à la mère ☐ au père ☐ autre :

AUTRES ENFANTS A CHARGE PRESENTS DANS LE FOYER

Nom et prénom	Date de Naissance	Etablissement scolaire et Classe

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

(préciser obligatoirement un nom et un prénom, le lien de parenté et les coordonnées téléphoniques)

Nom et prénom	Liens de parenté	Téléphone

Régime alimentaire : ☐ sans viande ☐ sans porc

En cas d'allergies, se reporter au paragraphe "Allergies"

Renseignements médicaux

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires ? (Préciser)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Otite

Tout enfant accueilli en collectivité doit répondre aux obligations vaccinales. Seul le vaccin contre la **Diphtérie**, le **Tétanos** et la **Poliomyélite** est obligatoire pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018.

VACCINATIONS		
Vaccinations obligatoires		Dates des rappels
Diphtérie	☐ oui ☐ non	
Tétanos	☐ oui ☐ non	
Poliomyélite	☐ oui ☐ non	
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. Attention ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.		
Vaccinations recommandées		Dates
Coqueluche	☐ oui ☐ non	
Hépatite B	☐ oui ☐ non	
ROR	☐ oui ☐ non	
Autres (préciser) :		

Allergies - Traitement médical

Asthme ☐ oui ☐ non

Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non Préciser :

Alimentaires : ☐ oui ☐ non Préciser :

Traitement médical : ☐ oui ☐ non Préciser :

Autre :

Les enfants atteints d'allergie alimentaire ou souffrant d'une maladie nécessitant une prise en charge particulière (asthme...) **devront fournir un certificat médical et un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) devra être établi .**

Indiquer si besoin les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Difficultés de santé	Date	Précautions à prendre

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE			
Nom - Prénom	Téléphone domicile	Téléphone portable	Observation

Médecin de l'enfant : Nom : Tél :

Je soussigné(e) (Nom - Prénom)

Autorise les interventions médicales et chirurgicales sur l'enfant en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non

Fait à, le,
Signature