

NOM : DATE DE NAISSANCE : ECOLE : <u>RESPONSABLE LEGAL 1</u> MERE PERE TUTEUR LEGAL NOM / PRENOM : ADRESSE : SITUATION FAMILIALE : MARIE(E) PACSE(E) VEUF/VE ☎ PORTABLE : ☎ DOMICILE : MAIL : PROFESSION : EMPLOYEUR : ☎ PROFESSIONNEL : REGIME D'APPARTENANCE A LA SECURITE SOCIALE : GENERAL MONACO MSA AUTRES	PRENOM : FILLE GARCON NIVEAU SCOLAIRE : <u>CONJOINT</u> MERE PERE TUTEUR LEGAL NOM / PRENOM VIE MARITALE SEPRE(E) DIVORCE(E) CELIBATAIRE ☎ PORTABLE : ☎ DOMICILE : MAIL : PROFESSION : EMPLOYEUR : ☎ PROFESSIONNEL : REGIME D'APPARTENANCE A LA SECURITE SOCIALE : GENERAL MONACO MSA AUTRES
---	--

PARENTS SEPARES OU DIVORCES.

Y-A-T-IL UN JUGEMENT ? OUI* NON *FOURNIR LE JUGEMENT

LES DEUX PARENTS ONT-ILS L'AUTORITE PARENTALE ? OUI NON

MODE DE GARDE DE L'ENFANT :

EXCLUSIF CHEZ LA MERE CHEZ LE PERE
ALTERNÉ SEMAINES PAIRES CHEZ LA MERE CHEZ LE PERE
 SEMAINES IMPAIRES CHEZ LA MERE CHEZ LE PERE **Observations :**

EN CAS DE GARDE ALTERNEE, UN DOSSIER PAR PARENT EST OBLIGATOIRE.

VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATIONS DE L'ENFANT°)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				BCG	
OU TETRACOQ				AUTRES	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION (SAUF POUR LE TETANOS)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ALLERGIES : OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

P.A.I (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) OUI NON EN COURS (JOINDRE LE PROTOCOLE ET TOUTES INFORMATIONS UTILES)

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL DE L'ALLOCATION ENFANT HANDICAPE (AEH) ? OUI NON

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION),

PRECISEZ LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VOTRE ENFANT SUIV-IL UNE ALIMENTATION SANS VIANDE DE PORC **OUI** **NON**

MEDECIN TRAITANT :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE ETC....

PRECISEZ :

AUTORISATIONS

J'AUTORISE MON ENFANT A :

- LA BAIGNADE **OUI** **NON** SAIT NAGER SE DEBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

- UTILISER DES VEHICULES DE TRANSPORTS, VEHICULES DE SERVICE ET AUTOBUS DE LOCATION **OUI** **NON**

SORTIES (UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS DE PLUS DE 6 ANS SCOLARISES EN ECOLE ELEMENTAIRE)

MON ENFANT EST AUTORISE A SORTIR SEUL **OUI** **NON**

DROIT A L'IMAGE

J'AUTORISE LA VILLE DE VENCE A UTILISER, EN CEDANT TOUS DROITS, TOUTES PHOTOS OU VIDEOS DE MON ENFANT, PRISES D'ANS LE CADRE DES SERVICES PROPOSES Y COMPRIS CELLES PRISES PAR LES ENFANTS EUX-MEMES, ET POUR TOUTES UTILISATIONS DANS LE CADRE DE SA COMMUNICATION. **OUI** **NON**

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM / PRENOM TEL

NOM / PRENOM TEL

NOM / PRENOM TEL

NOM / PRENOM TEL

FACTURATION

QUOTIENT FAMILIAL

ALLOCATAIRE CAF N°

NOMBRE D'ENFANT(S) A CHARGE :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE DERNIER QUOTIENT CALCULE PAR LA CAF

REGIME SPECIAL (MSA OU MONACO) OU LES FAMILLES N'AYANT PLUS DE DROITS OUVERTS A LA CAF

FOURNIR LE OU LES AVIS D'IMPOSITION N-1

A DEFAUT DE CE DOCUMENT, LE TARIF MAXIMUM SERA APPLIQUE.

J'AUTORISE LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

JE, SOUSSIGNE(E),

RESPONSABLE LEGAL(E) 1, DE L'ENFANT :

DECLARE :

EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE

AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES REGLEMENTS INTERIEURS DU GUICHET UNIQUE ET DES DIFFERENTES STRUCTURES D'ACCUEILS ET EN ACCEPTER LES TERMES. LES REGLEMENTS INTERIEURS SONT DISPONIBLES SUR PORTAILFAMILLE.VENCE.FR

AUTORISER LA VILLE DE VENCE LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NECESSAIRES PAR L'ETAT DE SANTE DE MON ENFANT. CECI SUIVANT LES PRESCRIPTIONS D'UN MEDECIN ET/OU UN SERVICE D'URGENCE (SEULS HABILITES A DEFINIR L'HOPITAL DE SECTEUR).

JE M'ENGAGE A SIGNALER AU GUICHET UNIQUE TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE, DE SITUATION FAMILIALE OU DE PROBLEME SANITAIRE AINSI QUE TOUTE DESINSCRIPTION DE MON ENFANT D'UN DES SERVICES PERISCOLAIRES.

EN CAS D'INFORMATIONS ERRONEES OU INCOMPLETES DE VOTRE PART, LA VILLE DE VENCE DECLINE TOUTE RESPONSABILITE DANS LE TRAITEMENT ET LA GESTION DE VOTRE DOSSIER.

FAIT A :

LE :