

## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : F - M    Date de naissance : ...../...../.....    Lieu de naissance : ...../...../.....    Classe: .....

Adresse : .....

Adresse 2 (si garde alternée): .....

## INFORMATIONS FAMILIALES

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
<b>Lien de parenté</b>	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> autre : .....
<b>Nom et prénom</b>		
<b>Numéro de téléphone</b>		
<b>Mail</b>		
<b>Profession (facultatif)</b>		

**A appeler en priorité :**     Responsable légal 1                       Responsable légal 2

Autre (Nom et prénom, lien de parenté + n° de tél) : .....

### POUR LA FACTURATION

La facturation est à établir au nom de :

..... (1 seul nom et prénom)

Allocataire CAF                       Allocataire MSA

Pas allocataire

#### ***Si besoin de deux factures (parents séparés) :***

La facturation est à établir au nom de :

..... (1 seul nom et prénom)

Allocataire CAF                       Allocataire MSA

Pas allocataire

Merci de fournir une attestation de quotient familial de l'année en cours ou votre avis d'impôts pour les non allocataires pour justifier votre quotient familial. Sans ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué.

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR

#### CHERCHER L'ENFANT

(autre que les responsables légaux)

Nom et prénom

**INFORMATIONS MEDICALES**      **Merci de fournir la photocopie des vaccins**

Votre enfant est-il vacciné ?

	DT Polio/Tétracoq	Hépatite B	ROR	Coqueluche	Pneumocoque	Méningite	BCG
Oui							

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Oreillons	Otite	Coqueluche	Rougeole	Rhumatisme articulaire aigu
Oui								

Autres informations de santé :

	Oui	Précisions :
Asthme		
Allergies alimentaires		
Allergies médicamenteuses		
Régime alimentaires pour motif confessionnel et/ou philosophique		
Lunettes		
Prothèses ou appareils auditifs		
Prothèses ou appareils dentaires		
Autre :		

**Pour l'asthme et les allergies alimentaires, merci de faire une demande de PAI à l'école.**

**AUTORISATION PARENTALES**

	Oui
J'autorise mon enfant à sortir de l'école dans le cadre des activités périscolaires organisées par la commune de Boivre-La-Vallée (accompagné par un animateur).	
J'autorise les prises de vue et les vidéos de mon enfant et leur diffusion sur des documents à destination des familles	
J'autorise l'utilisation du maquillage (occasionnellement)	
J'autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les dispositions en cas d'accident ou de fortes chaleurs	

**SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT RENTRE SEUL APRES L'ECOLE, LES TAP OU APRES LA NAVETTE, MERCI DE L'INDIQUER PAR UN MOT DANS SON CAHIER DE LIAISON A LA RENTREE (seulement pour les élémentaires)**

**ENGAGEMENTS**

Je soussigné(e), Mme/M..... déclare l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Je m'engage à transmettre les éventuels changements (téléphone, adresse, quotient familial...) et à prévenir lorsque mon enfant est absent par un mot dans le cahier de liaison ou un mail à la directrice des écoles.

Date : ..... / ..... / .....

Signature : (les 2 signatures sont obligatoires en cas de factures séparés)