

Attestation sur l'honneur

La Mairie vous informe que pour la gestion des dossiers, la communication du n° d'allocataire l'autorise à consulter les informations relatives à vos ressources déclarées à la CAF.

D'autre part, en vertu des textes en vigueur, il est porté à la connaissance des parents qu'en cas d'urgence, l'enfant pourra être conduit à l'Hôpital par les services de secours.

La Directrice de l'Accueil de Mineurs pourra prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et contacteront les parents.

Je soussigné(e), représentant légal du (des) enfant(s) :

<i>Enfant 1</i>	<i>Enfant 2</i>	<i>Enfant 3</i>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements et des pièces fournis et m'engage à prévenir la Mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...).

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM consultable en ligne (Rubrique Enfance et jeunesse - <http://www.saintandredeseignanx.fr/4-enfance-et-jeunesse>), déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ LE JOUR DE L'INSCRIPTION

Cadre réservé à l'administration	
Date du dépôt de dossier : <input type="text"/>	Observations :
Pièces vérifiées et fournies pour l'année scolaire 2016/2017	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Une photo d'identité de chaque enfant	
<input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial ou copie du dernier avis d'imposition si pas de numéro d'allocataire	
<input type="checkbox"/> Photocopie du Carnet de santé (p90, 92, 93)	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance Responsabilité Civile + individuelle accidents-dommages corporels pour l'année scolaire en cours.	
<input type="checkbox"/> Attestation de sécurité sociale	
<input type="checkbox"/> Photocopie du Livret de famille (pour les nouvelles familles ou nouvel enfant)	
<input type="checkbox"/> En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif	
<input type="checkbox"/> Formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire (si pas donné en 2015/2016) ou changement de coordonnées bancaires (facultatif) + RIB	

Avec tous nos remerciements pour votre compréhension ainsi que votre collaboration.

Date et signature du représentant légal, suivies de la mention «Lu et approuvé»

A St André de Seignanx, le. / /

Signature(s) :

Fiche sanitaire de liaison

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Cadre réservé à la Mairie	Cadre réservé à la Mairie	Cadre réservé à la Mairie
NOM	NOM	NOM
Prénom	Prénom	Prénom
Renseignement médicaux concernant l'enfant		
L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :
A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recommandations utiles des parents		
Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Médecin de famille		
NOM	Adresse	Tél

Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) doit être établi pour accueillir les enfants présentant une allergie alimentaire ou tout autre contre-indications.

A St André de Seignanx, le.

Signature(s) obligatoire(s):