

Site de : Maligny Ligny le Château Pontigny



**Pour les parents séparés : 1 seul parent facturé = 1 dossier
2 parents facturés = 2 dossiers**

Enfant(s) :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe	Cochez vos besoins				
					Accueil matin	Accueil midi & restauration	Accueil Soir	Année scolaire complète	Inscriptions Ponctuelles

Responsable légal 1 : Père – Mère – Tuteur (rayez les mentions inutiles)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

Email obligatoire (pour utilisation du portail famille) :

Nom et Adresse de l'Employeur :

Responsable légal 2 : Père – Mère – Tuteur (rayez les mentions inutiles)

Nom : Prénom :

Adresse:

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

Email :

Nom et Adresse de l'Employeur.....

Précisez :

Nom de la personne à facturer :

Adresse de facturation :

Obligatoire pour une facturation au Quotient Familial (joindre impérativement l'attestation de quotient familial) :

N° CAF : Ou N° MSA : Quotient familial :

N° de sécurité sociale sous lequel est immatriculé l'enfant :

Assurance responsabilité Civile et Garantie Accident de la vie : N° Contrat :

Personnes à prévenir autres que les parents + situation familiale (Obligatoire)	Numéro de téléphone, Ville (Obligatoire)
Autres personnes habilitées à reprendre les enfants (Obligatoire)	Numéro de téléphone, Ville (Obligatoire)

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et s'engage à respecter toutes les clauses.

Fait à, le/...../.....

Signature des responsables légaux

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	Enfant	
	NOM :	
	PRENOM :	
	DATE DE NAISSANCE :	
	GARCON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Veillez joindre la photocopie des vaccins si vous êtes une nouvelle famille où s'il y a eu des changements au cours de l'année précédente

2. Vaccinations

VACCINS	O U I	N O N	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS AUTRES	DATE
DTPC (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite)					
Pneumocoque Prévenar					
Méningocoque Neisvac					
Hépatite B					
R.O.R.					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : Le vaccin Anti-Tétanique ne présente aucune contre-indication

3. Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

L'enfant a-t'il un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI NON

Si oui, joindre le PAI signé par le médecin.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHÉ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES :

ALLERGIES :

- ASTHME oui non précision et cause :
- MEDICAMENTEUSES oui non précision et cause :.....
- ALIMENTAIRES oui non précision et cause :.....
- AUTRES (pollen, animaux) oui non précision et cause :.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, un appareil ou prothèses dentaires ou autres etc... Précisez

5. Documents

- Le N° allocataire CAF ou MSA (merci de fournir votre attestation de quotient familial)
- Le justificatif d'assurance de responsabilité civile de l'année 2026-2027
- La photocopie du carnet de santé pour les vaccins
- Le contrat de prélèvement et le mandat Sepa Si vous souhaitez mettre en place le prélèvement pour vos factures
- La photocopie de votre rib
- Le formulaire dûment rempli

L'ensemble des documents, pourront être remis **au plus tard le 26/06/2026**

Attention les dossiers incomplets ne seront pas traités.

6. Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél fixe :

Tél portable :

Bureau/travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Ce dossier peut être utilisé pour accéder aux activités du centre de loisirs de Pontigny : Oui Non

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :