

Document à fournir sur le portail famille

- Justificatif CAF /MSA Livret de famille
 Attestation d'assurance Vaccins (à remplir sur le portail également)

INFORMATIONS ACCÈS PORTAIL FAMILLE SERVICE ENFANCE

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ M F

Le mail communiqué au responsable 1 sera le mail de connexion au portail famille.

REPRESENTANT LEGAL 1

Personne facturable

Père Mère Tuteur Famille d'accueil

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP/Ville : _____

Téléphone 1 : __/__/__/__/__

Mail : _____

REPRESENTANT LEGAL 2

Père Mère Tuteur Famille d'accueil

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP/Ville : _____

Téléphone 1 : __/__/__/__/__

Mail : _____

Situation familiale des parents ou des représentants légaux :

Mariés Pacsés Union libre Veuf(ve) Célibataire Divorcés Séparés

Situation de l'enfant en cas de divorce ou séparation :

- Résidence principale au domicile de la maman
 Résidence principale au domicile du papa
 Résidence Garde alternée (**merci de fournir un planning avec le jour et l'heure du changement de garde**)
 Autre préciser _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? OUI NON

 **Tout traitement médical sans ordonnance ne pourra être donné à l'enfant.**

DIFFICULTÉS DE SANTÉ, REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Indiquez-ci-dessous et à repreciser sur le portail famille: *Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...* en précisant les **dates** et les **précautions** à prendre.

Je soussigné(e) : père mère tuteur légal

- Déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus. Toute fausse déclaration entrainerait d'éventuelles poursuites, conformément à l'article 441-7 du Code pénal.
- Autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéant, toutes mesures (médicales, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :