

Année scolaire 2026 - 2027

**Dossier à rendre
à la Mairie avant
le 15 juillet 2026**

FICHE DE LIAISON

Tout dossier incomplet ne pourra pas être enregistré

Contact: Service scolaire /04 78 23 60 11 / 06 65 52 64 71 / portail.famille@fontaines-sur-saone.fr

NOM – PRENOM de l'enfant Sexe M F

Date de naissance Lieu de naissance

Ecole Classe (à la rentrée)

A compléter UNIQUEMENT s'il y a des changements par rapport à 2025-2026

PARENT 1 → Autorité parentale Oui Non

NOM PRENOM

Date **ET** lieu de naissance

Père – Mère – Autre, précisez

Adresse

tél.MAIL (en majuscule) (*)

Nom de l'employeur tél. employeur

Numéro CAF :

PARENT 2 → Autorité parentale Oui Non

NOM PRENOM

Date **ET** lieu de naissance

Père – Mère – Autre, précisez

Adresse

tél.MAIL (en majuscule) (*)

Nom de l'employeur tél. employeur

Numéro CAF :

SITUATION FAMILIALE

Marié Pacsé Concubinage Divorcé / séparé * Célibataire

* en cas de séparation ou de divorce fournir les justificatifs

L'enfant est-il en garde alternée ? Oui Non Précisez les modalités de garde :

Semaine paire : Semaine impaire :

NB : les factures seront réparties selon les semaines de gardes indiquées.

En cas de droit de garde restreint la restriction devra être exprimée et justifiée par la copie du jugement.

Je m'engage à prévenir le service affaires scolaires de la mairie et l'école de tous changements de situation (adresse, situation familiale, problème de santé ...)

Je soussigné(e) NOM et PRENOM

Sorties

Autorisation de sortir seul

J'autorise mon enfant à sortir seul à l'issue des temps périscolaires (uniquement pour les élémentaires) :

OUI NON

Dans le cadre du temps périscolaire, des sorties de proximité peuvent être proposées aux enfants (gymnase, école de musique, sam). Tous les déplacements s'effectuent à pied avec encadrement. Autorisez-vous vos enfants à sortir à proximité de l'établissement scolaire avec les encadrants municipaux ?

Oui Non

Droit à l'image

Autorise gracieusement la captation d'images et vidéos de mon enfants dans le cadre des activités périscolaires

Oui Non

J'autorise gracieusement la publication d'images et vidéo de mon enfant dans la presse locale et nationale et sur les supports de communication de la Ville (journal municipal, site internet de la ville, affiches expositions...) la Ville s'engage à ne pas en faire usage commercial et ne pas céder à des tiers ces images.

Oui Non

Atteste que mon enfant est garanti par une assurance « responsabilité civile et individuelle accidents »

Nom de la compagnie d'assurance.....

N° de police

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements complétés et avoir fourni les justificatifs demandés, certifiant être titulaire de l'autorité parentale nécessaire à l'établissement de la présente demande et effectuer la démarche en accord avec le parent non-signataire (art. L372-2 du code civil)

Reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs et des règlements financiers relatifs aux temps périscolaires

Autorise le personnel municipal à prendre, sur avis médical en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toutes les mesures d'urgence y compris une éventuelle hospitalisation,

Autorise le service des affaires scolaires de la Mairie à consulter mon quotient familial CAF sur CAF PRO

Date :

Signature :

Pièces à retourner OBLIGATOIREMENT

La présente FICHE DE LIAISON
L'attestation CAF avec le QF (obligatoire)
RIB et mandat SEPA (facultatif)



INFORMATIONS SANITAIRES

1 – ENFANT

Niveau scolaire/classe :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

ANNÉE SCOLAIRE 2026 - 2027

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

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION :
LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si OUI, quel en est l'objet :

Pour rappel, le P.A.I est à remettre à Sandrine MAUPAS, directrice du service enfance au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.**

Le PAI devra être donné en début d'année à la directrice de l'école ET au périscolaire, soit 2 trousse de médicaments à prévoir.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES ANTECEDENTS MEDICAUX QUI PEUVENT ETRE SUCCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCUEIL ? SI OUI, VEUILLEZ PRECISER LESQUELLES ET A QUELLES DATES ?

.....

.....

.....

.....

L'ENFANT A-T-IL UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUE EN COURS ? L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?

.....

.....

.....

ALLERGIES: ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

TOUTES LES INFORMATIONS MEDICALES QUE VOUS JUGEREZ UTILES AFIN D'OPTIMISER L'ACCUEIL ET LE BIEN-ETRE DE VOTRE ENFANT (troubles du comportement, hyperactivité, troubles DYS, accidents, handicap, port de prothèses...) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....

3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....

Numéros de téléphone :

Mère ou responsable 1 - Fixe : Portable : Travail :

Père ou responsable 2 - Fixe : Portable : Travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

4 – SORTIE DE L'ENFANT

PERSONNES A APPELER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS et/ou AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom	Prénom	Tèl domicile	Tèl portable	Lien avec l'enfant
.....
.....
.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts Les Renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel municipal de FONTAINES-SUR-SAONE, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du ou des responsables légaux :