

# DECLARATION SUR L'HONNEUR DE "Situation inchangée"

## ANNEE 2017 - 2018

### A retourner avant le lundi 23 juin 2017

### avec les pièces justificatives mentionnées ci-dessous

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
Nom		Nom		Nom	
Prénom		Prénom		Prénom	
Etablissement scolaire 2017/2018		Etablissement scolaire 2017/2018		Etablissement scolaire 2017/2018	
Classe 2017/2018		Classe 2017/2018		Classe 2017/2018	
<b>Inscriptions 2017/2018</b>					
Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/>	Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/>	Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/>
Garderie périscolaire	<input type="checkbox"/>	Garderie périscolaire	<input type="checkbox"/>	Garderie périscolaire	<input type="checkbox"/>
Temps Accueil Périscolaire	<input type="checkbox"/>	Temps Accueil Périscolaire	<input type="checkbox"/>	Temps Accueil Périscolaire	<input type="checkbox"/>
Périscolaire Mercredi AM	<input type="checkbox"/>	Périscolaire Mercredi AM	<input type="checkbox"/>	Périscolaire Mercredi AM	<input type="checkbox"/>
ALSH	<input type="checkbox"/>	ALSH	<input type="checkbox"/>	ALSH	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>
Changements à signaler : (adresse, tél, mail, vaccin etc.....)					
<input type="checkbox"/> J'autorise la Ville de Cadaujac à recueillir les informations concernant les ressources du foyer auprès de la CAF afin de calculer la tarification à appliquer pour le périscolaire et l'ALSH (si non joindre le dernier avis d'imposition du foyer)					

Fait à :

Le :

Signature(s) :

Cadre réservé à l'administration	
Date du dépôt de la déclaration	Observations
<u>Pièces vérifiées pour l'année scolaire 2017/2018 :</u>	
<input type="checkbox"/> Photocopie justificatif allocataire CAF	
<input type="checkbox"/> Photocopie attestation de droits assurance maladie	
<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire jointe (pour chaque enfant)	
<input type="checkbox"/> Attestation assurance scolaire et responsabilité civile 2017/2018	
<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition sur les revenus du foyer	
<input type="checkbox"/> En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde	

## Fiche sanitaire de liaison

### ENFANT

Nom

Prénom

#### Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement particulier ?

Oui  Non Si oui, lequel ? :

Allergies ou problèmes médicaux ?

Oui  Non Si oui, le(s)quel(s) ?

Régime alimentaire spécifique ?

Oui  Non Si oui, le(s)quel(s) ?

Date du dernier vaccin antitétanique :

A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé ?

Oui  Non

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives etc.

Oui  Non Si oui, précisez :

#### Médecin de famille

**NOM**

**ADRESSE ET TELEPHONE**

Fait à :  
Le

Signature