

**1- La famille possède déjà un dossier à Clichy Famille :**

- La fiche de préinscription scolaire maternelle (obligatoire dans le cadre d'un rendez-vous physique avec Clichy Famille)
- L'acte de naissance de l'enfant à scolariser
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture de Gaz ou d'électricité, facture ADSL)
- L'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire de l'année 2022-2023
- Fiche sanitaire de liaison disponible sur l'espace citoyen dans « Edition des documents »
- Le carnet de vaccination de l'enfant à scolariser
- CMU ou AME pour les familles en situation d'hébergement uniquement

**2- La famille ne possède pas de dossier à Clichy Famille :**

- La fiche de préinscription scolaire maternelle (obligatoire dans le cadre d'un rendez-vous physique avec Clichy Famille)
- Une pièce d'identité de chaque représentant légal
- Le livret de famille ou les actes de naissance de chaque enfant composant la famille y compris l'acte de naissance de l'enfant à scolariser
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture de Gaz ou d'électricité, facture ADSL)
- L'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire 2022-2023
- Fiche sanitaire de liaison disponible sur l'espace citoyen dans « Edition des documents »
- Le carnet de vaccination de l'enfant à scolariser
- CMU ou AME pour les familles en situation d'hébergement uniquement



Pour bénéficier d'un quotient familial, vous recevrez au mois de juin 2022 un mail vous demandant de fournir à Clichy Famille les documents suivants :

- Avis d'impôt 2021 sur les revenus 2020
- L'attestation de paiement de la CAF du mois de transmission par la CAF
- Un justificatif de domicile réactualisé de moins de 3 mois

# CLICHY FAMILLE

## FICHE PRÉINSCRIPTION SCOLAIRE



Le : ..... / ..... / ..... Suivi par : .....

Sexe :  F  M

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nom : .....

École fréquentée en 2021/2022 : .....

1<sup>ère</sup> année de maternelle  Passage en CP en septembre 2022

### PARENTS OU PERSONNE AYANT LA RESPONSABILITE DE L'ENFANT

Ces informations ne sont à fournir qu'une fois pour l'ensemble des enfants ayant les mêmes représentants légaux.

PÈRE  MÈRE  AUTRE (précisez svp) : .....  PÈRE  MÈRE  AUTRE (précisez svp) : .....

FAMILLE D'ACCUEIL

TUTEUR LEGAL

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Email : .....

Tél. professionnel : .....

Situation familiale :  Célibataire  Union libre  Mariés  Pacsés  Séparés  Divorcés  Veuf

Domicile de l'enfant :  Père  Mère  Autre : .....

Autorité parentale :  Conjointe  Exclusive père  Exclusive mère  Exclusive autre

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie	.....	.....	.....
Tétanos	.....	.....	.....
Poliomyélite	.....	.....	.....
Ou DT polio	.....	.....	.....
Ou Tétracoq	.....	.....	.....
<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	DATES		
Hépatite B	.....		
Rubéole Oreillons Rougeole	.....		
Coqueluche	.....		
BCG	.....		
Autres (préciser)	.....		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT LE SÉJOUR ?**  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)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

## 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 :

les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.)

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

