

**FICHE RECAPITULATIVE DES POINTS A VERIFIER
CONCERNANT LES DOSSIERS D'INSCRIPTION**

Il s'agit, dans tous les cas, de la 1^{ère} inscription annuelle ; tous les documents listés doivent être joints

NOM de l'enfant :

Prénom :

*Remplir une fiche récapitulative par dossier d'inscription
Cocher les cases lorsque les points ont été vérifiés*

1/ Liste des documents photocopiés à fournir :

Page de vaccination du carnet de santé **ou** certificat médical de contre-indication aux vaccinations lorsque l'enfant n'est pas vacciné

Attestation Quotient Familial (fournie par la CAF)

OU BIEN

Notification des droits CAF justifiant des prestations familiales (soit le montant mensuel des Allocations familiales - le N° d'allocataire doit y être spécifié) **ET avis d'impôts sur le revenu LE PLUS RECENT (le montant des revenus déclarés doivent apparaître) ; il ne s'agit du montant de vos impôts**

Attestation carte vitale spécifiant le régime sous lequel est rattaché l'enfant (il ne s'agit pas de la photocopie de la carte verte ! mais de l'attestation notifiant les personnes rattachées au n° de sécurité sociale)

Attestation Assurance Responsabilité Civile en cours de validité

Livret de famille (parent(s) et enfant concerné)

Justificatif de domicile RECENT

2/ Renseignements à vérifier :

La fiche de renseignements est signée par le responsable légal.

Le n° d'allocataire écrit sur la fiche de renseignements est identique à celui mentionné sur les documents fournis

Les professions et employeurs des parents sont précisés.

3/ Fiche sanitaire :

La fiche sanitaire est signée par le responsable légal et complétée

Le nom et le n° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident sont précisés

Les recommandations particulières sont mentionnées

Les vaccinations sont à jour

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2019

(pour que l'inscription soit valable, cette fiche doit être accompagnée de la fiche d'inscription par période complétée et signée)

L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ A : _____ Nationalité : _____

LE RESPONSABLE LEGAL

PERE

MERE

TUTEUR

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse : _____

_____ ☎ : _____

Profession mère : _____ ☎ : _____

Employeur : _____

Profession père : _____ ☎ : _____

Employeur : _____

Signature du responsable légal :

SECURITE SOCIALE ET INFORMATIONS CAF

A joindre obligatoirement : photocopie de la carte d'assuré social et de la carte d'allocataire CAF

Régime de la Caisse Primaire Assurance Maladie : OUI NON

Autres régimes d'Assurance Maladie : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

N° Allocataire CAF : _____

Nom de la Caisse d'Affiliation : _____