

**FICHE DE**  
**LIAISON**

**ANNÉE 2025/2026**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire 2024/2025 : \_\_\_\_\_

**Assurance scolaire et extrascolaire :**

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

(Joindre attestation 2024/2025)

Numéro allocataire CAF : \_\_\_\_\_

MSA :  (joindre attestation QF)

CCS MONACO :

J'autorise la mairie à se connecter au service *CAF PARTENAIRE*, afin de connaître mon QF

**Renseignements concernant la famille**

Situation familiale : Célibataire

Concubinage

Marié(e)

Divorcé(e)

Autre

(En cas de séparation ou divorce, joindre la décision de justice)

**Responsable légal 1**

**Responsable légal 2**

père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> Nom :	père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Mail :	Mail :
Tel :	Tel :
Profession :	Profession :
Tel :	Tel :

**Renseignements concernant la restauration scolaire :**

Type de menu :

Traditionnel

Végétarien

Panier repas (PAI uniquement)

**Renseignements médicaux :**

**Vaccinations**

En application du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires OUI  NON

**(Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)**

Votre enfant présente-t-il des troubles connus ? OUI  NON

**Si oui, le(s)quel(s) :** Asthme  allergies alimentaires  médicamenteuse  convulsions fébriles

Autre : \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individuel (PAI) OUI  NON  Demande en cours

**(Remettre le PAI au service enfance jeunesse)**

Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge particulières à l'école (AESH) ou sur les activités du périscolaires (PAP) :

OUI  NON  Demande en cours

Si oui, le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

Votre enfant fait-il l'objet d'une décision MDPH : OUI  NON

**(Si oui, veuillez nous transmettre la copie de la notification)**

**Recommandations utiles des parents :**

Port de lunettes, lentilles, appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant :

---

---

## **Autorisation de publication//droit à l'image**

J'autorise

La commune de Saint Jeannet à utiliser et à publier les photographies, films, enregistrements sur lesquels mon enfant peut figurer, ainsi que des productions et œuvres originales que mon enfant aura réalisées dans le cadre des différents services et activités et sous la responsabilité de la Mairie.

Utilisation sur des supports de communication de la commune, Site Internet, FB, presse écrite ou audiovisuelle.

Je n'autorise pas

**(si non, fournir une photo d'identité)**

## **DOCUMENTS À DÉPOSER OBLIGATOIREMENT DANS VOTRE PORTAIL FAMILLE**

**(Lien ci-dessous pour pouvoir créer votre espace)**

<https://www.espace-citoyens.net/enfance-saint-jeannet/espace-citoyens/Home/AccueilPublic>

**Ou à retourner par mail :**

[enfancejeunesse@saintjeannet.com](mailto:enfancejeunesse@saintjeannet.com)

- Fiche de liaison 2025/2026 complétée et signée
- Copie de justificatif de domicile de moins de 3 mois (EAU, EDF, GAZ)
- Dernier bulletin de salaire/ Dernier avis d'imposition des deux parents / Attestation employeur
- Attestation d'assurance scolaire et extrascolaire 2024/2025 (dès que possible au plus tard le jour de la rentrée)
- En cas de séparation ou divorce joindre la décision de justice
- Attestation CAF (si n° allocataire non renseigné)
- RIB « (uniquement pour LE MODE de prélèvement automatique) »
- Copie du carnet de vaccination avec nom et prénom de l'enfant en haut de la page ou certificat du médecin attestant que les vaccins sont à jour **(uniquement PS ou changement de cycle)**

**EN PLUS pour les nouvelles inscriptions, joindre également :**

- Certificat de radiation de l'établissement sortant délivré par la direction
- Copie intégrale du livret de famille
- Copie du carnet de vaccination avec nom et prénom de l'enfant en haut de la page ou certificat du médecin attestant que les vaccins sont à jour

**Fait à Saint Jeannet, le ...../...../.....**

**Signature des deux parents :**

54 Rue du Château-06640 Saint Jeannet  
enfancejeunesse@saintjeannet.com  
Service Enfance Jeunesse  
04.93.59.49.49