

Fiche de renseignements année scolaire 2017/2018

Madame, Monsieur,

Vous disposez d'un compte sur le portail familles de la ville d'Orly. Celui-ci reprend les informations relatives à votre situation familiale.

Afin de nous permettre la mise à jour de ces informations nous vous remercions de remplir le formulaire ci-dessous.

Ce formulaire est à retourner au guichet familles au plus tard le 17 juin 2017.

Liste des justificatifs à produire :

- Copie du livret de famille en cas de modification de la composition familiale (pour mise à jour du quotient familial),
- Si non allocataire, merci de transmettre votre avis d'imposition 2016 (pour mise à jour du quotient familial),
- Justificatif de domicile si changement d'adresse,
- Jugement du tribunal le cas échéant,
- Certificat médical en cas de contre-indications.

Pour rappel, en cas de non-retour de la fiche de renseignements, vos enfants ne pourront pas être accueillis lors des temps périscolaires.

- Je m'engage à fournir toute modification concernant mon compte famille.
- J'atteste avoir lu et approuvé le règlement de gestion des prestations municipales de la ville d'Orly, consultable en ligne ou au guichet familles.
- J'autorise la ville d'Orly à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications liées à ma situation et de simplifier mes démarches.

N'oubliez pas d'inscrire votre enfant aux activités sur le portail ou au guichet familles pour l'année scolaire 2017-2018.

N° de Famille : |__|__|__|__|__| (champ obligatoire)
(sur vos factures)

VOTRE SITUATION FAMILIALE ET VOS COORDONNEES

Aucun changement de ma situation pour l'année scolaire 2017-2018 :

Partie réservée à l'administration :

Date de réception du dossier :/...../2017

Initiales de l'agent chargé de la saisie : |__|__|

Responsable légal 1 : Qualité (père / mère ou autre) : Civilité : F H

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse :

Code postal et ville : |__|__|__|__|__| _____

Téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Autorise l'envoi d'information par : SMS oui non / mail : oui non

Situation familiale : Marié / Pacsé /Célibataire /Union libre /Séparé /Veuf (Ve)

Profession : _____

Adresse et Nom de l'employeur : _____

Téléphone professionnel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Payeur/destinataire des factures (ne sélectionner que l'un des 2 représentants légaux):

N° allocataire CAF : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Responsable légal 2 : Qualité (père / mère ou autre) : Civilité : F H

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : _____

Code postal et ville : |__|__|__|__|__| _____

Téléphone fixe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Autorise l'envoi d'information par : SMS oui non / mail : oui non

Situation familiale : Marié /Pacsé /Célibataire /Union libre /Séparé /Veuf (Ve)

Profession : _____

Adresse et Nom de l'employeur : _____

Téléphone professionnel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Payeur/destinataire des factures (ne sélectionner que l'un des 2 représentants légaux):

N° allocataire CAF : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Enfants à charge :




			Réponse Oui/Non		Autorisations Oui/Non			
Nom/Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance (**/**/****)	PAI*	Repas de Substitution	Photo*	Autorisé à sortir seul	Intervention médicale*	Date Vaccin DT

* Intervention médicale : j'autorise les services municipaux à prendre toute mesure d'urgence nécessaire.




* Photo : J'autorise la ville d'Orly à utiliser la prise de voix ou d'image de mon enfant pour ses publications.

* PAI : Projet accueil individualisé validé par le médecin scolaire (maladie chronique).

Personnes à prévenir :

Nom/Prénom	Qualité	Adresse	 domicile	 portable	 professionnel

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom/Prénom	Qualité	Adresse	 domicile	 portable	 professionnel

Responsable légal 1 (*champ obligatoire*)

Fait à, le2017

Lu et approuvé

Signature :

Responsable légal 2

Fait à, le2017

Lu et approuvé

Signature :