



DOSSIER D'INSCRIPTION CLAE
Pour l'année scolaire 2021-2022

Renseignements de l'enfant

Nom.....

Prénom.....

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

Nom de l'enseignant..... Classe

Mode de Garde : Parents Mère Père Garde alternée Autres

Régime social : CAF MSA Autres

Quotient familial : **(Joindre obligatoirement une attestation (Caf ou MSA récente ou les avis d'impositions du foyer)**

Nom du responsable légal de l'enfant :..... (e-mail obligatoire pour inscription chaque semaine)

Renseignements Mère

Nom.....

Prénom.....

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

Adresse.....

Téléphone Fixe : 0..... Portable : 0.....

E-mail..... Profession, Tel bureau

Renseignements Père

Nom.....

Prénom.....

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

Adresse.....

Téléphone Fixe : 0..... Portable : 0.....

E-mail..... Profession.....Tel bureau.....

Autres personnes à contacter EN CAS D'URGENCE (Obligatoire):

Qualité.....

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Téléphone :.....

Santé

J'autorise le responsable présent à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'incident pour la santé de mon enfant et en cas d'urgence.

Diffusion d'images

J'autorise « l'Association Pour le Bonheur des Enfants » à pratiquer la publication d'images, photos ou œuvres réalisées pour les articles de presse, les documents de présentation ou pour toute autres forme de communication (hors réseaux sociaux)

J'autorise « l'Association Pour le Bonheur des Enfants » à stocker les données personnelles ainsi que la photo d'identité de l'enfant sur un fichier informatique.

Conditions d'inscriptions

J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à l'appliquer et le faire appliquer à mon enfant.

Je m'engage à inscrire mon enfant et à tenir informé lors d'un changement dans le planning avant 14h.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (prévenir le jour même la direction)

Nom..... Prénom.....

Qualité.....

Téléphone :

Nom..... Prénom.....

Qualité.....

Téléphone :.....

Nom..... Prénom.....

Qualité.....

Téléphone :.....

Note : Toutes personnes non inscrites dans le registre ne pourront récupérer l'enfant.

Fiche sanitaire de liaison

Nom : Prénom :

Date de naissance : Taille : Poids :

Groupe sanguin : N° de sécurité sociale:.....

Nom et numéro de téléphone du Médecin traitant :
.....

Allergies : L'enfant a-t-il des allergies suivantes ? (Merci de joindre copie du PAI si réalisé, sans celui-ci aucun médicament ne pourra être administré)

	oui	non	Si la réponse est oui précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir
Respiratoire			
Alimentaire			
Cutanée			
Médicamenteuse			
Autres.....			

Traitement en cours.....
Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. (Si PAI merci de nous le fournir)
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents.
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.
.....
.....
.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

Le

Signature