



**DOSSIER D'INSCRIPTION CLAE**  
**Pour l'année scolaire 2022-2023**

**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 .....

**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