**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 ……………………………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 ficher 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