

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
RESTAURATION & CLAE  
Année 2023-2024**

**Enfant**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F  Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Ecole : ..... Classe : .....

Responsable de l'enfant	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom		
Prénoms		
Lien social avec l'enfant		
Adresse <small>si autre que celle de l'enfant</small>		
Tél. portable/domicile		
E-mail		
N° CAF ou MSA		
Profession		
Employeur		
Téléphone Pro		

Prestation / Fréquence	CLAE matin	Restauration Scolaire + CLAE midi	CLAE soir (dont aide aux devoirs)
Réservation	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>

L'inscription occasionnelle est possible en respectant les délais mentionnés dans les règlements intérieurs.

**Pour les familles en garde alternée et qui souhaitent une facturation séparée, veuillez renseigner les tableaux suivants (page 2)**







# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démurer du carnet de santé.

## Enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  fille  garçon

Date de naissance : -- / -- / ----

## I - Vaccinations :

### - COPIE DES VACCINATIONS obligatoires

- Sinon joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

### Pour Rappel :

\*Seulement recommandés pour les naissances avant 2018

VACCINS OBLIGATOIRES	
Depuis 2018	
Diphtérie	Pneumocoque *
Tétanos	Méningocoque *
Poliomyélite	Haemophilus *
Coqueluche *	Rubéole-Oreillons-Rougeole *
Hépatite B *	

## II -

## Renseignements :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant les temps d'accueil ?

oui  non

Si oui, une demande de PAI (Projet d'Accueil Individualisé) devra être formulée auprès de la direction de l'établissement scolaire.

### Allergies :

médicamenteuses  oui  non asthme  oui  non  
alimentaires  oui  non autres  oui  non

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ?  OUI  NON

Ces données sont collectées dans le but d'adapter les moyens d'accueil

## III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

## IV - Responsable légal de l'enfant :

Responsable n°1 : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Portable : ..... Travail : .....

Responsable n°2 : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. portable : ..... Travail : .....

N° de sécurité sociale qui couvre l'enfant : .....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :