Année scolaire

FICHE d'information
Accueil de loisirs

ECOLE

Le CLAE est organisé par

ENFANT

Nom **Prénom**

Date de naissance

Classe **Nom de l'enseignant**

RESPONSABLES LÉGAUX DE(S) ENFANT(S) :

SITUATION : ☐ concubinage ☐ mariés ☐ pacsés ☐ séparés divorcés* ☐ famille monoparentale* ☐ autre*

RESPONSABLE LÉGAL 1	Vous êtes le/la: ☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ autre
Nom	
Prénom	
N° allocataire CAF	
Date de naissance	
Portable	
Fixe	
E-mail	

RESPONSABLE LÉGAL 2	Vous êtes le/la: ☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ autre
Nom	
Prénom	
N° allocataire CAF	
Date de naissance	
Portable	
Fixe	
E-mail	

**si nécessaire, joindre la photocopie de l'extrait du jugement de divorce précisant les modalités de garde de votre enfant*

AUTORISATIONS PARENTALES:

Je soussigné(é) (responsable légal 1) :

Je soussigné(e) (responsable légal 2):

1/ AUTORISE LES PERSONNES SUIVANTES À VENIR CHERCHER MON ENFANT :

Les enfants en école maternelle doivent être remis aux parents ou aux personnes nommément désignées par eux par écrit et présentées au directeur/trice ou à l'enseignant

NOM	PRÉNOM	EN QUALITÉ DE	TÉL. DOMICILE	TÉL. PORTABLE	TÉL. TRAVAIL

2/ AUTORISE MON ENFANT À QUITTER SEUL (E) LA STRUCTURE
(UNIQUEMENT S'IL A PLUS DE 6 ANS) : ☐ oui heure de départ : ☐ non

3/ AUTORISE LA STRUCTURE À MAQUILLER MON ENFANT DANS LE CADRE D'UNE ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE ☐ oui ☐ non

4/ AUTORISE LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE À PRENDRE, EN CAS D'URGENCE, LES MESURES NECESSAIRES ☐ oui ☐ non

5/ AUTORISE MON ENFANT À PARTICIPER AUX SORTIES ORGANISÉES PAR LA STRUCTURE : ☐ oui ☐ non

VACCINATIONS

Joindre la photocopie des vaccins. Mon enfant est vacciné pour :

Diphtérie, tétanos, poliomyélite	☐	**Pneumocoque**	☐
Hépatite B	☐	**Méningocoque C**	☐
Rougeole, oreillons, rubéole	☐	**Haemophilus Influenzae b**	☐
Coqueluche	☐		

Pour les enfants nés avant le 1/01 2018, seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont exigées. Toutefois, toutes les autres vaccinations du calendrier vaccinal sont indispensables pour protéger ces enfants des maladies infectieuses évitables par la vaccination.

INFORMATIONS UTILES À L'ACCUEIL DE MON ENFANT

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) *(Allergie, traitement médical)*

Votre enfant nécessite un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour la (les) raison(s) suivante (s) :

☐ **Asthme** ☐ **Allergie médicamenteuse** ☐ **Allergie(s) alimentaire(s)**

☐ **Autres**

Autres difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière (maladie, accident, hospitalisation, opération…) précisez :

Autres informations

Nom du médecin traitant **N° de téléphone**

situation de handicap ? oui ☐ **non** ☐

Votre enfant :

- a une notification MDPH (Maison Départemental des Personnes Handicapées) ? **oui** ☐ **non** ☐
- est suivi dans le cadre d'une consultation ou d'un établissement spécialisé ? **oui** ☐ **non** ☐
- porte- des lunettes ? **oui** ☐ **non** ☐ des lentilles de contacts **oui** ☐ **non** ☐
- porte- un appareil dentaire ? **oui** ☐ **non** ☐
- porte- un appareil auditif ? **oui** ☐ **non** ☐
- Bénéficie de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (Aeeh) ? **oui** ☐ **non** ☐ Si oui, nom de la personne de rattachement

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Repas avec viande ☐ repas sans viande ☐

CLAÉ DU SOIR

Si des ateliers études* sont mis en place, je souhaite que mon enfant y participe oui ☐ non ☐

**(30 mn pour réaliser son travail d'élève) avec un enseignant ou un adulte référent*

Lundi à 16h30 ☐ ou 17h ☐
mardi à 16h30 ☐ ou 17h ☐
jeudi à à 16h30 ☐ ou 17h ☐
vendredi à 16h30 ☐ ou 17h ☐

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie :

N° police d'assurance : **Date validité :**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement des prestations périscolaires

Fait à **Le**

Signature du responsable légal 1 **Signature du responsable légal 2**