

INSCRIPTION ACCUEIL de LOISIRS PERISCOLAIRE et TAP de CLAIRAC

ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance : / / Classe :

**Responsable légal
(père, mère, tuteur)**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

N° fixe :

N° portable :

N° travail :

Allocataire : CAF MSA

N° :

**Responsable légal
(père, mère, tuteur)**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

N° fixe :

N° portable :

N° travail :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant en dehors des parents

Nom, Prénom.....qualité.....n° de tél.....

Nom, Prénom.....qualité.....n° de tél.....

Nom, Prénom.....qualité.....n° de tél.....

SITUATION FAMILIALE (cocher les cases)


Autorité parentale conjointe (les deux parents ont le droit de récupérer l'enfant sans l'avis de l'autre parent)

Autorité parentale du père seulement (Fournir le jugement)

Autorité parentale de la mère seulement (Fournir le jugement)

SITUATION MEDICALE DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant : ----- Adresse : -----

 : -----

Votre enfant est-il allergique ? Non

Oui (fournir certificat médical)

Si oui, quelles allergies ? Précisez la conduite à tenir. Autre problème de santé, précisez :

L'inscription

Je soussigné(e) M. ou Mme -----

Sollicite l'inscription de mon enfant pour l'année scolaire :

cochez toutes les cases qui vous intéressent

à l'accueil périscolaire du matin (de 7 h à 8 h 50)

au périscolaire du soir (de 17 h à 18 h 30 dernier délai)

à l'accueil TAP (de 16 H 15 à 17 H) : cochez le(s) jour(s) durant le(s)quel(s) votre enfant sera présent au TAP :

Lundi

mardi

jeudi

vendredi

RAPPEL concernant le TAP : l'inscription de votre enfant au TAP vaut engagement pour l'année scolaire. Si, à titre exceptionnel, mon enfant est absent, je m'engage à prévenir l'équipe pédagogique (précisions dans le règlement intérieur).

J'autorise mon enfant à quitter seul le TAP à 17h en dégageant l'équipe pédagogique et la municipalité de toute responsabilité : Oui / non

J'autorise l'équipe d'animation à effectuer des photos de mon enfant et de les mettre **sur le site internet de l'Amicale Laïque de Tonneins (accès avec un code sécurisé)**. Ces photos **ne seront pas utilisées à titre commercial** (photo de groupe, photo de vos enfants en activité...)

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des services périscolaires des écoles de la ville de Clairac, **l'approuve** en sa totalité et m'engage à le respecter.

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

Fait à : ----- le -----

Signature de la mère

Signature du père

ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE DE CLAIRAC

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE
LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

➤ Joindre les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

REGIME « SANS PORC » : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- La feuille d'inscription qui vaut pour l'année scolaire
- La fiche sanitaire de liaison
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie du dernier avis d'imposition pour calculer le quotient familial
- Copie du carnet de santé – vaccination obligatoire (Diphtérie – Tétanos- Poliomyélite)
- Jugement précisant la garde de l'enfant et l'autorité parentale (s'il y a lieu)
- Certificat médical (s'il y a lieu)
- Photo d'identité de l'enfant

Aucune copie ne sera faite en Mairie.

Joindre impérativement les photocopies des documents demandés.