



**Dossier d'inscription  
Temps d'Activités Périscolaires  
Année 2014/2015**

**Ecole Maternelle Charles Perrault**

**E N F A N T**

**Nom de l'enfant :** .....

**Prénom de l'enfant :** .....

**Fille**       **Garçon**       **Date de naissance :** .....

**Classe :**      Petite Section       Moyenne section       Grande section

**Fréquentera-t-il :** Le restaurant scolaire       La garderie le matin       La garderie le soir

**Responsable légal 1**  
Le responsable légal 1 est le destinataire redevable de tous les courriers

**Responsable légal 2**

**Situation :** Célibataire       Marié       Pacsé       Concubinage       Divorcé       Séparé

Veuf       Autre : .....

Père  Mère  Autre  (précisez) : .....

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse courriel : .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Tél travail : .....

Père  Mère  Autre  (précisez) : .....

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse courriel : .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Tél travail : .....

**Temps d'Activité Périscolaire (T.A.P)**

**Mon enfant fréquentera les T.A.P de 15h à 16h30 pour l'année 2014/2015 :**

Oui       Non

**Inscription de l'enfant :**

Du 1er Septembre au 17 Octobre 2014 (période de découverte) :      Lundi       Jeudi

Du 3 Novembre au 19 Décembre 2014 :      Lundi       Jeudi

Du 5 Janvier au 20 Février 2015 :      Lundi       Jeudi

Du 9 Mars au 24 Avril 2015 :      Lundi       Jeudi

Du 11 Mai au 3 Juillet 2015 :      Lundi       Jeudi

## Autorisation parentale

Je soussigné(e), Nom Prénom.....

Responsable légal de l'enfant .....

- à participer aux activités organisées dans la cadre des Temps d'Activités périscolaires

- à participer aux activités impliquant des déplacements, qu'ils soient à pied ou en mini bus

- à être photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière **assidue** aux activités auxquelles il est inscrit.

Mention « lu et approuvé »

Date :

Signature des parents :

## MON ENFANT EST A L'ECOLE MATERNELLE

**J'autorise les personnes majeures désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la fin des Temps d'Activités Périscolaires (16h30) en cas d'empêchement de ma part, sur le site de l'école qu'il fréquente :**

Nom/Prénom : ..... Tél : .....

Lien de parenté : .....

Nom/Prénom : ..... Tél : .....

Lien de parenté : .....

Nom/Prénom : ..... Tél : .....

Lien de parenté : .....

Nom/Prénom : ..... Tél : .....

Lien de parenté : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom de l'assuré : ..... N°secu : .....

Adresse de l'enfant : .....  
 .....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : .....  
 .....

## **VACCINATIONS**

*A remplir avec les dates ou joindre la photocopie de la page de vaccination du carnet de santé*

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autre (préciser)	

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre le certificat médical de contre indication.*

**Attention !** Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée : Oui  Non

Si oui, lequel : .....  
 .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (à cocher)

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Varicelle			Coqueluche		
Angine			Rougeole		
Otite			Autres (Préciser) :		
Rhumatisme articulaire aigu					
Oreillons					

**L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire :**

Oui  Non

*Si oui merci de joindre le PAI.*

**ALLERGIES :**

Asthme Oui  Non

Allergies alimentaire Oui  Non

Allergies médicamenteuses Oui  Non

Autres.....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) et joindre un certificat médical :**

.....  
.....  
.....

**Indiquez ci-après les difficultés de santé et accidents qu'a connus votre enfant (maladie,accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :**

.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...  
Précisez :

.....  
.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....

Responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Montchanin à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :