



**Dossier d'inscription
Temps d'Activités Péri-scolaires
Année 2014/2015**

Ecole primaire Serge Boutavant

E N F A N T

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

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

Classe : CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

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 :

Temps d'Activité Péri-scolaire (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) : Mardi Vendredi

Du 3 Novembre au 19 Décembre 2014 : Mardi Vendredi

Du 5 Janvier au 20 Février 2015 : Mardi Vendredi

Du 9 Mars au 24 Avril 2015 : Mardi Vendredi

Du 11 Mai au 3 Juillet 2015 : Mardi Vendredi

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 :

J'autorise mon enfant à rentrer seul : Oui Non

Si non, 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 son école habituelle :

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 :