



Année scolaire 2015/2016

Temps d'activités périscolaires (TAP)

Fiche d'inscription

Ecole : Classe :

IDENTIFICATION DE L'ENFANT			
Nom :		Prénom :	
Age :		Date de naissance :	

PERSONNES EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE

Représentant légal 1

Nom : Prénom :

Adresse personnelle :

Profession : N° sécurité sociale :

Nom et adresse employeur :

Téléphone : Travail : Domicile :

Portable : Mail :

Représentant légal 2

Nom : Prénom :

Adresse personnelle :

Profession : N° sécurité sociale :

Nom et adresse employeur :

Téléphone : Travail : Domicile :

Portable : Mail :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT

Nom : Prénom : Téléphone :

Documents à joindre à votre dossier

- Photocopie des vaccins,
- Attestation d'assurance responsabilité civile individuelle,
- Fiche sanitaire,
- Test de natation en cas de pratique d'activités nautiques,
- Règlement intérieur.

INSCRIPTIONS AUX TAP

Les inscriptions se font soit à l'année soit pour chaque période entre les vacances scolaires. Votre enfant est accueilli sur l'ensemble de la période choisie et sa présence est obligatoire sauf en cas d'événements particuliers (santé de l'enfant ou événement familial extraordinaire sur justificatif).

- J'inscris mon enfant pour l'année scolaire 2015/2016 (= 5 périodes).**
- J'inscris mon enfant par période.**
 - Pour chaque période d'inscription souhaitée (y compris la première), vous devez nous retourner le coupon d'inscription annexe, présent sur le programme, qui est distribué avant les périodes d'activités.

Les périodes d'inscriptions

	Période d'activité	Date limite d'inscription en TAP
Période 1	Du 01/09/2015 au 16/10/2015	Jusqu'au 09/09/2015
Période 2	Du 02/11/2015 au 18/12/2015	Jusqu'au 14/10/2015
Période 3	Du 04/01/2015 au 05/02/2016	Jusqu'au 16/12/2015
Période 4	Du 22/02/2016 au 01/04/2016	Jusqu'au 03/02/2016
Période 5	Du 18/04/2016 au 05/07/2016	Jusqu'au 30/03/2016

Où trouver les fiches d'inscription et programmes ?

En mairie ou sur Internet www.saint-gildas-de-rhuys.fr

Où rapporter les inscriptions ?

A l'école

Autorisations

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, autorise :

- mon enfant à participer à toutes les activités des TAP,
- l'équipe d'encadrement des TAP à faire soigner mon enfant, à le faire hospitaliser s'il y a lieu et à faire pratiquer les interventions d'extrême urgence préconisées par le médecin,
- la commune de Saint-Gildas-de-Rhuys à utiliser les photos prises pendant les activités pour ses publications,
- mon enfant à utiliser le car comme moyen de transport pour le trajet et pour le déplacement en activités.

Date : Signature :



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

TEMPS D'ACTIVITES PÉRISCOLAIRES

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Fournir la copie du carnet de santé

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

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Le cas échéant, l'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Programme d'Accueil Individualisé)

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**.

III - Recommandations utiles :

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

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

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 :