



ACCUEIL LOISIRS SANS HEBERGEMENT
Temps d'Activités Périscolaires : TAP
Dossier d'Inscription 2017/2018
École Saint Sauveur - PLANCOËT

Madame, Monsieur,

Afin d'assurer au mieux la sécurité des enfants et leur bien-être, vous voudrez bien renseigner toutes les parties demandées. *Ce dossier dûment complété devra être remis à l'enseignant ou dans la boîte aux lettres de l'accueil périscolaire au bureau de Mme GOUR le **lundi 19 juin 2017** au plus tard.*

Tous changements de coordonnées postales et/ou téléphoniques **devront être signalées auprès des animateurs (trices).**

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous porterez à la rédaction de ce dossier.

INFORMATIONS GENERALES

Enfant :

NOM : Prénom:
Né(e) le

Classe (à la rentrée prochaine) :

Responsable légal 1

Autorité parentale : oui/non

(Rayer la mention inutile)

NOM : Prénom:
Adresse :
Code postal : Ville :
 Domicile
Portable
Professionnel

Responsable légal 2

Autorité parentale : oui/non

(Rayer la mention inutile)

NOM : Prénom:
Adresse :
Code postal : Ville :
 Domicile
Portable
Professionnel

Numéro d'allocataire CAF :
MSA :

Les factures pour les TAP sont à adresser à Nom/ Prénom :

TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES

- Mon enfant ne participera pas aux TAP
 Mon enfant participera aux TAP : le mardi
 le jeudi
 le vendredi

DECHARGE

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

AUTORISE :

- les personnes suivantes (**obligatoirement majeures pour les élèves de maternelle**), à venir chercher l'enfant (préciser le lien de parenté et le N° de téléphone)
-
-
-
- Mon enfant, élève de primaire, à rentrer seul après les TAP :

OUI

NON

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfantdéclare avoir pris connaissance du présent règlement.

FICHE SANITAIRE

Nom et téléphone du médecin traitant :

Remarques éventuelles sur l'état de santé de l'enfant (maladie), allergie, régime alimentaire (fournir la photocopie du carnet de santé de l'enfant)

.....
.....

Vaccinations : Tout enfant vivant en collectivité est soumis aux vaccinations en fonction du calendrier prévu par les textes légaux (fournir la photocopie des vaccinations à jour-carnet de santé)

Si votre enfant est malade, l'ALSH ne peut pas l'accueillir. Les animateurs ne sont pas autorisés à administrer des médicaments même sur présentation de la prescription médicale.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) :.....

AUTORISE le service hospitalier de DINAN à soigner mon enfant et à pratiquer toute intervention d'urgence si nécessaire

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....

AUTORISE le responsable ou l'adjoint(e) de l'ALSH, la Mairie à utiliser ou à diffuser les photographies ou clichés de mon enfant sur des supports de communication (bulletin, diaporama).

N'AUTORISE PAS le responsable ou l'adjoint(e) de l'ALSH, la Mairie à utiliser ou à diffuser les photographies ou clichés de mon enfant sur des supports de communication. (barrer la mention inutile). ;

ATTESTATION ET VALIDATION DE L'INSCRIPTION

Je soussigné, M.....responsable légal,

- Atteste l'exactitude des informations ci-dessus mentionnées
- Confirme l'inscription aux services conformément aux souhaits indiqués,
- Déclare sur l'honneur avoir souscrit une assurance « responsabilité civile » garantissant mon enfant pour les préjudices qu'il pourrait occasionnés ou les accidents qui pourraient lui advenir.

DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE FORMULAIRE

FICHE SANITAIRE DATEE ET SIGNEE

CHEQUE DE 10 EUROS A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC (CONCERNANT LES TAP 2017/2018).
Le chèque sera encaissé au mois d'octobre.

PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE CIVILE.

PLANCOËT le,

Signature des parents ou du Responsable légal
précédé de la mention « LU ET APPROUVÉ »