



Document à compléter obligatoirement et à remettre à l'enseignant de votre enfant au plus tard **le vendredi 30 juin 2017 (une fiche par enfant).**

## FICHE D'INSCRIPTION Temps d'Activités Périscolaires

### Année Scolaire 2017-2018 groupe scolaire de CROTTET

J'inscris mon enfant pour l'année scolaire 2017-2018 :

**NB : Si votre enfant n'est pas inscrit, il ne pourra pas être accueilli en TAP pour toute l'année scolaire.**

- OUI**  
 **NON** merci de renseigner seulement la classe, le nom et le prénom de l'enfant

Cochez la case de votre choix dans le tableau ci-dessous :

Pour les niveaux scolaires : <u>Maternelles</u>	Pour les niveaux scolaires : <u>CP, CE et CM</u>
<input type="checkbox"/> <b><u>Le jeudi de 15h00 à 16h30 :</u></b>  <u>Fonctionnement des TAP :</u>  Respect du temps de sieste, réveil échelonné, récréation, divers ateliers adaptés en fonction de l'âge des enfants.	<input type="checkbox"/> <b><u>Le jeudi de 15h00 à 16h30 :</u></b>  <u>Les groupes seront créés en fonction des âges et participeront durant l'année scolaire à diverses activités :</u>  <i><b>Danse, magie, musique, jeux de société, jeux autour de l'air.</b></i>
<p><b>J'autorise mon enfant à rentrer seul</b> dès que le temps de TAP se termine en fin d'après-midi, s'il est scolarisé en CP, CE1, CE2, CM1 et CM2. <b>Je libère ainsi la Communauté de communes de toute responsabilité</b> liée à celui-ci dès la fin de ce temps d'accueil.</p> <p><input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON (si un adulte n'est pas présent pour venir le récupérer à l'heure, il sera confié aux autorités compétentes, se reporter Art. 6 du règlement intérieur)</p>	

**L'ENFANT :**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Sexe :** Masculin  Féminin

**Classe prévue :** ..... **Date de naissance :** ...../...../.....

**Tél :** .....

**A** ....., le ...../...../ 2017

**Signature des responsables légaux :**

**FICHE FAMILLE**

Année scolaire

2017 /2018

Cette fiche est valable pour toutes les activités proposées par le service jeunesse (accueil périscolaire, TAP, centres de loisirs mercredis et vacances, activités jeunes et local jeunes)

**Enfant** (information générale):

Nom Prénom .....

Date de naissance .....

Sexe\*:  Fille  Garçon Classe .....

Etablissement scolaire de.....

**Composition du foyer :**

Situation familiale\*: Marié Pacsé Vie Maritale Séparé Divorcé Célibataire Veuf(ve) Famille d'accueil

**Parents:**Père : Responsable légal  OUI  NON

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone travail : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....@.....

Mère : Responsable légal  OUI  NON

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente du parent 1) : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone travail : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....@.....

**Information allocataire**

Département CAF/MSA : .....

Numéro d'allocataire CAF/MSA : .....

Quotient familial : .....

**Responsable légal (autres que parents):**

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

**Enfant :**

Personnes habilitées à venir récupérer l'enfant sur les différentes activités (autre que les parents)\*:

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....  TAP  Mercredi  Périsco  VacancesNom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....  TAP  Mercredi  Périsco  VacancesNom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....  TAP  Mercredi  Périsco  VacancesNom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Téléphone : .....  TAP  Mercredi  Périsco  Vacances**Cas particulier : Personnes non autorisées à venir récupérer l'enfant:**

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Fournir obligatoirement une copie du jugement.

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile :  OUI  NONSi oui, précisez sur quelles activités\*  TAP  Mercredi  Périsco  Vacances

\*Entourer la ou les mention(s) utile(s)

## Renseignements médicaux :

Régime alimentaire spécifique\*  OUI  NON Si oui précisez:.....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : .....

L'enfant est-il à jour du vaccin DT POLIO\*:  OUI  NON

*Si oui, précisez la date du dernier rappel* .....

*Si non, joindre un certificat médical* .....

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s)\*:  OUI  NON

*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre*.....

A-t-il un PAI ?  OUI  NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...) .....

## Autorisations parentales : (rayer les mentions avec lesquelles vous n'êtes pas en accord)

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal :

- déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation du service et du règlement intérieur ;
- autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du service autorisées par la réglementation y compris lorsqu'elles nécessitent un transport en autocar, minibus, véhicule personnel (d'animateur responsable) ou communautaire ;
- autorise le service à prendre des photos et vidéos de mon enfant et à les diffuser, « à des fins d'information », sur le site Internet ou autres supports d'information (magazine, newsletter, page facebook) de la Communauté de communes de la Veyle et des communes du territoire ;
- autorise la presse locale à prendre des photos de mon enfant ;
- autorise le service communication à récupérer mon adresse mail pour l'envoi de la newsletters de la CCV ;
- autorise le directeur à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés ;
- autorise les membres du service jeunesse à visionner les données concernant le quotient familial CAF de la famille ;
- atteste avoir souscrit à un contrat d'assurance en responsabilité civile qui couvre les activités extra et péri scolaires pratiquées par mon enfant lors de la période concernée.
  
- atteste être informé :
  - qu'en cas d'absence, les frais de séjour feront l'objet d'un remboursement uniquement sur présentation d'un certificat médical transmis au plus tard dans les 48 heures ;
  - que l'organisateur se réserve le droit de modifier ou d'annuler les activités en cas de nécessité ;
  - qu'en cas de perte ou de vol d'objet personnel, l'organisateur ne peut être tenu responsable ;
  - des modalités concernant le paiement des séjours ;
  - que l'équipe encadrante ne peut être tenue responsable de l'enfant avant et après les horaires mentionnés sur la plaquette d'information de chaque activité.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à informer le service jeunesse de toute modification.

Fait à : ....., le ...../...../.....

**Signature :**