

**ACCUEIL PERI-SCOLAIRE « LES BULLES VERTES » ET T.A.P.
2017 - 2018**

DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Date de naissance :
Nom & prénom du responsable légale :

Nom & prénom du père :
Téléphone : domicile : Travail :
Portable : e.mail :

Nom & prénom de la mère :
Téléphone : domicile : Travail :
Portable : e.mail :

- > **Veillez noter tous les numéros y compris en cas de séparation.**
- > **En cas de divorce, veuillez joindre une photocopie de la décision du Tribunal concernant la garde de l'enfant ; sans cela l'enfant sera remis indistinctement à la mère ou au père.**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergie à :

- > **Veillez joindre un certificat médical précisant la nature, les éventuels aliments auxquels l'enfant est allergique, la médication et la conduite à tenir en cas d'urgence.**

Autres observations particulières concernant la santé de l'enfant :

- > **Veillez obligatoirement joindre en cas de traitement médical, l'ordonnance, ainsi que les médicaments.**

SANTE

- > **Nom et N° de téléphone du médecin traitant :**

ASSURANCE « Les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 sont tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent »

Société d'assurance :

Adresse de l'agence :

N° de Police :

REGIME ALLOCATAIRE

C.A.F. : Ou M.S.A. :

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

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

- Si une personne autre que celles désignées ci-dessus, doit venir chercher votre enfant, veuillez nous avvertir à chaque occasion.

Je soussigné (é), :, responsable légal de l'enfant :

- Atteste sur l'honneur que les vaccinations obligatoires de mon enfant sont à jour (si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication.)
- Déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement de l'accueil périscolaire et T.A.P.
- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (en particulier pour les enfants de 3 à 6 ans, en cas de fièvre supérieures à 38.5° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).
- Autorise les animateurs à photographier et filmer mon enfant et à utiliser cette image dans le cadre des supports d'information (bulletin municipal, site internet, publication papier et numérique, reportages, etc...) :

OUI NON

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Fait à SEGURET le :

Signature :

1) J'inscris mon enfant : CLAE

- susceptible d'être présent à l'accueil périscolaire de 7 h 35 à 8 h 20 (cocher la (les) case(s))
- susceptible d'être présent à l'accueil périscolaire de 16 h 30 à 18 h 15 correspondante(s))

2) J'inscris mon enfant : TAP

- Les mardis de 15 h à 16 h 30
- Les vendredis de 15 h à 16 h 30

RAPPEL TAP :

- Vous pouvez venir chercher votre enfant à 15 h
- Ne seront sous notre responsabilité que les enfants présents à l'appel de 15 h.