

## LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Seuls les parents et les personnes expressément désignées ci-dessous sont autorisées à venir chercher l'enfant ou à le prendre en charge à la sortie du bus scolaire.

Nom / prénom : ..... Tél. : .....

Nom / prénom : ..... Tél. : .....

Nom / prénom : ..... Tél. : .....

A l'issue du temps T.A.P., si l'enfant n'est pas autorisé à partir seul (**enfants en élémentaire**), et si les parents ne sont pas présents pour le récupérer, il sera pris en charge par l'accueil périscolaire du soir de l'école qu'il fréquente (service payant).

### AUTORISATION DE SORTIE

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

- A quitter seul(e) l'établissement scolaire (**enfants en élémentaire**) au terme :  
Du temps d'activités T.A.P.  OUI  NON  
Du temps d'accueil périscolaire  OUI  NON  
et décharge la commune de Saint-Yrieix de toute responsabilité qui pourrait survenir dès la sortie de l'école et déclare renoncer à tout recours à l'encontre de la commune.
- A sortir de l'établissement scolaire durant les temps T.A.P. ou périscolaires si l'activité programmée le prévoit  OUI  NON
- A emprunter les transports collectifs et le minibus  OUI  NON

### AUTORISATION D'HOSPITALISATION

J'autorise le transport (par les pompiers ou le SAMU) de mon enfant aux urgences - les parents en étant aussitôt informés  OUI  NON

### DROIT À L'IMAGE

J'autorise la collectivité à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités T.A.P. ou périscolaires et à diffuser éventuellement ces images sur des supports de communication différents.  OUI  NON

### RENSEIGNEMENTS DIVERS

**CONTRE-INDICATIONS** à la pratique d'une activité sportive  OUI  NON

Si oui, préciser les activités à proscrire : .....  
Votre enfant sait-il nager ?  OUI  NON

### ATTESTATION DES PARENTS

Je soussigné(e) : .....

Père  Mère  Responsable légal de l'enfant, atteste :

- De l'exactitude des renseignements et informations indiqués sur la présente fiche (recto/verso)
- Autoriser mon enfant à participer aux activités proposées par la municipalité de Saint-Yrieix sur Charente sur l'accueil périscolaire, les T.A.P. et l'ALSH dans le cadre de la législation en vigueur
- Avoir pris connaissance et accepter les règlements intérieurs des ALSH municipaux, de la restauration et du transport.

Fait à : ..... le : .....

**signature des parents ou du responsable légal (précédée de la mention «Lu et approuvé»)**

## Fiche de renseignements

### Année scolaire 2017-2018

## RESTAURATION - TRANSPORT SCOLAIRE

### ALSH (Périscolaire, T.A.P., Centre de loisirs)

Nom / Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... Sexe :  Fille  Garçon

Groupe d'âge ALSH :  2-4 ans  4-6 ans  6-8 ans  8-10 ans  10-12 ans

Adresse : .....

.....

Ecole / niveau : .....

Nom de l'enseignant : .....

Nom / Prénom de la mère : .....

Autorité parentale :  OUI  NON (fournir la copie du jugement)

Adresse (si autre que celle de l'enfant) : .....

.....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : ..... Mail : .....

Nom / Prénom du père : .....

Autorité parentale :  OUI  NON (fournir la copie du jugement)

Adresse (si autre que celle de l'enfant) : .....

.....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : ..... Mail : .....

N° de Sécurité Sociale du parent responsable : .....

N° d'allocataire CAF-MSA : .....

### Pièces à fournir (indépendamment des pièces demandées par l'école) :

- Photocopie d'assurance responsabilité civile et individuelle extra-scolaire
- Justificatif de domicile récent des parents
- Copie du livret de famille
- Si nécessaire, document relatif à l'autorité parentale et à la résidence de l'enfant (jugement, protocole de garde...)
- Copie des vaccinations obligatoire
- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical

# Fiche d'inscriptions

## Restauration scolaire

Tous les jours de classe (sauf le mercredi)  Contrat d'intégration de scolarisation

En cas d'allergie alimentaire (sur la base d'un certificat médical), merci de prendre contact avec le directeur de l'école de votre enfant pour la mise en place éventuelle d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

Remarques spécifiques pour les repas : .....

.....

.....

## Transport scolaire

Matin  Soir  Mercredi midi (hors centre de loisirs)

**⚠ L'inscription ne sera effective qu'après remise de cette fiche, puis validation et retour du pôle vie éducative territoriale.**

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

#### Matin :

Circuit N° ..... Accompagnatrice : .....

Nom de l'arrêt : .....

#### Soir ou mercredi matin :

Circuit N° ..... Accompagnatrice : .....

Nom de l'arrêt : .....

## T.A.P. (Temps d'Activités Périscolaires)

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

- Les inscriptions aux T.A.P. sont fermes et définitives (sauf raison médicale avec justificatif ou cas de force majeure)
- La fiche sanitaire de votre enfant doit impérativement être à jour pour l'inscription aux T.A.P.
- Les enfants inscrits ne pourront en aucun cas quitter les ateliers T.A.P. avant l'heure de fin de ce temps d'activités.

## Centre de loisirs (mercredis, petites et grandes vacances)

Pour les modalités d'inscription, se référer au guide scolaire.

# Fiche Sanitaire de liaison

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'AUTORISATION

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

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISMES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### ALLERGIES :

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuse  Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....

### AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ :

Maladies, accidents, crises convulsives, opérations, hospitalisation ...

Précisez les dates et les précautions à prendre : .....

.....

.....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ...

Précisez : .....

.....

.....

### ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE :

Votre enfant doit être assuré pour les accidents dont il pourrait être auteur ou victime sur les temps T.A.P. et accueil périscolaire.

Compagnie : .....

Tél. .... N° de contrat : .....