

Fiche de renseignements

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 :

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 d'inscriptions

Année scolaire 2016-2017

Restauration scolaire

Tous les jours de classe Occasionnellement

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)

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.

Autorisations

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.

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 :

Autorise mon enfant :

- 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 de mon enfant aux urgences - les parents en étant aussitôt informés (prise en charge du transport par les pompiers ou le SAMU)

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

Fiche Sanitaire de liaison

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'AUTORISATION

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

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

Pièces à fournir ou à compléter :

- Copie des vaccinations obligatoire
- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical
- Copie d'attestation d'assurance