



TEMPS d'ACTIVITES PERISCOLAIRES

(T.A.P.)

DOSSIER d'INSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE 2016 – 2017

ELEVE

NOM de FAMILLE			
Prénoms	SEXE* :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
ECOLE 2016-2017 Classe 2016-2017		
Date de naissance	Lieu de Naissance		
Adresse			
Code postal	Commune		

* Cocher la case correspondante

RESPONSABLES LEGAUX

MERE

NOM de FAMILLE..... Autorité parentale* OUI NON

NOM d'USAGE.....

Prénoms.....

Adresse.....

Code postal..... Commune.....

Tél. domicile..... Tél. portable..... Téléphone travail.....

Adresse mail :

PERE

NOM de FAMILLE..... Autorité parentale* OUI NON

NOM d'USAGE.....

Prénoms.....

Adresse.....

Code postal..... Commune.....

Téléphone domicile..... Téléphone portable..... Téléphone travail.....

Adresse mail :

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

NOM de FAMILLE..... Autorité parentale* OUI NON

Prénoms.....

Lien de parenté avec l'enfant

Adresse

Code postal..... Commune.....

Tél. domicile..... Tél. portable..... Téléphone travail.....

Adresse mail.....

Organisme.....

Fonction.....

* Cocher la case correspondante

AUTRES CONTACTS

NOM de l'enfant
PRENOM de l'enfant
DATE de NAISSANCE
ECOLE et CLASSE 2016/2017

Je soussigné.....

AUTORISE LES PERSONNES INDIQUEES CI DESSOUS à récupérer mon enfant

	NOM et PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
N°1	Port Fixe Travail
N°2	Port Fixe Travail
N°3	Port Fixe Travail

SEULS les CONTACTS INDIQUES POURRONT RECUPERER l'enfant. SI CELUI-CI est INSCRIT A d'AUTRES SERVICES INDIQUER les MEMES CONTACTS

DROIT à l'IMAGE et TRANSPORTS

Droit à l'image

Autorise
 N'autorise pas

le personnel communal à prendre en photo ou vidéo mon enfant pour une éventuelle publication sur les supports de communication de la municipalité de Lézignan-Corbières (bulletin, site internet...)

Déplacements en transport collectif

Autorise
 N'autorise pas

à participer aux éventuelles sorties proposées dans le cadre des TAP et à utiliser les modes de **transport collectifs**

DECLARE :

- approuver le contenu des règlements intérieurs des services auxquels est inscrit mon enfant
- que les renseignements portés sur la fiche d'inscription, sur la fiche sanitaire de liaison ainsi que sur celle des autorisations parentales sont exacts
- autoriser le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant

Date

SIGNATURE

VACCINATIONS et RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM de l'ENFANT :

PRENOM de l'ENFANT :

***Cocher la case correspondante**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	VACCINATIONS FACULTATIVES
Diphtérie * <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :	Hépatite B* <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :
Tétanos* <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :	Rubéole, Oreillons, Rougeole* <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :
Poliomyélite* <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :	Coqueluche* <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :
Ou	BCG* <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :
DT polio * <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :	Autres* <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :
Tétracoq * <input type="checkbox"/> Date des derniers rappels :	Précisez :

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

- Rubéole *
- Allergies alimentaires * Précisez lesquelles
- Varicelle * Précisez la date
- Angine *
- Allergie médicamenteuses * Précisez lesquelles :
- Scarlatine*
- Asthme* Précisez :
- Coqueluche *
- Otite *
- Rougeole*
- Autres * Précisez :**
- Oreillons *
- Rhumatismes articulaires aigu *

Précisez les difficultés de santé de l'enfant (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) avec les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

L'enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... *

Précisez :

L'enfant suit-il un traitement médical ?* oui non

Si oui joindre une ordonnance médicale récente en cours de validité et les médicaments correspondants **dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant.**

AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Date

SIGNATURE

DOCUMENTS OBLIGATOIRES TAP

A JOINDRE AU DOSSIER d'INSCRIPTION

NOM de l'enfant
PRENOM de l'enfant

- Document portant indication du n° allocataire CAF ou MSA
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile portant le n° de police et le nom de l'enfant
- Le Protocole d'Accueil Individualisé le cas échéant

Pour les parents divorcés ou séparés :

- Extrait du jugement arrêtant les modalités de garde alternée de l'enfant
- Planning de garde alternée

SEULS les DOSSIERS COMPLETS SERONT ACCEPTES