



2

Dossier d'Inscription aux T.A.P

Temps d'Activités Périscolaires

ANNEE SCOLAIRE 2014/2015

DOSSIER A RAPPORTER POUR LE
LUNDI 30 JUIN 2014 A
L'ENSEIGNANT DE VOTRE ENFANT



ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Fille ☐ Garçon ☐

Date de naissance :

Classe fréquentée à la rentrée 2014 :

CE1 ☐

CE2 ☐

CM1 ☐

CM2 ☐



TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES

Mon enfant fréquentera les T.A.P* de 15h00 à 16h15 les :

Mardis ☐ Vendredis ☐ du 1^{er} cycle de l'année scolaire (Septembre aux vacances de la Toussaint)

*Les T.A.P ne sont pas obligatoires et sont gratuits.



RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ (précisez) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Commune :

Tél. domicile :

Tél. portable :

N° de sécurité sociale :

N° CAF ou MSA :

Adresse courriel :

Tél. Travail :

Père ☐ Mère ☐ Autre ☐ (précisez) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Commune :

Tél. domicile :

Tél. portable :

N° de sécurité sociale :

N° CAF ou MSA :

Adresse courriel :

Tél. Travail :





SORTIE

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

.....

.....

.....



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Nom Prénom

responsable légal de l'enfant autorise mon enfant :

- à participer aux activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires.
- à participer aux activités nécessitant des déplacements qu'ils soient à pied, à vélo, ou éventuellement en mini bus.

DROIT A L'IMAGE

Les équipes d'animation des T.A.P peuvent être amenées à réaliser des photographies des activités proposées tout au long de l'année. Pour nous permettre d'illustrer ces activités au travers de différents supports de communication (journal, affiche, site web, vidéo, etc...), nous vous demandons d'indiquer votre position quant à l'utilisation de nos images.

- ☐ **J'autorise** la mairie de Laurenan dans le cadre de ses activités périscolaires à utiliser à titre gracieux l'image ou la photographie de mon enfant.
- ☐ **Je n'autorise pas** la mairie de Laurenan dans le cadre de ses activités périscolaires à utiliser à titre gracieux l'image ou la photographie de mon enfant.

Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.

En cas de non-participation aux T.A.P, je m'engage à récupérer mon enfant à 15h00.

A le/...../.....

Signature(s) (avec mention « lu et approuvé »)





FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Temps d'Activités Péri-scolaires



ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance :



VACCINATIONS

A cocher ou joindre photocopie de la page vaccination du carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, lequel :

.....
.....

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

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Rhumatisme articulaire aigu			Otite		
Varicelle			Scarlatine			Rougeole		
Angine			Coqueluche			Oreillon		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire ? OUI ☐ NON ☐



ALLERGIES

ASTHME : OUI ☐ NON ☐

MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRE : OUI ☐ NON ☐

AUTRES :



Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....



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

.....

.....

.....

.....



RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et Tél. du médecin traitant :



RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) NOM Prénom
responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Laurenan à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A le/...../.....

Signature(s)

