

FICHE D'INSCRIPTION T.A.P. 2017/2018

OBLIGATOIRE

ECOLE SAINT-EXUPERY

(Si je n'inscris pas mon enfant je complète la partie « Décharge »)

NOM de l'enfant: **Prénom:**

Date de Naissance:

Niveau de la classe fréquentée en 2017/2018 :

Adresse:

Courriel obligatoire:

En cas d'urgence, prévenir :

Père : **Tél :**

Mère : **Tél :**

Autre (précisez).....

INSCRIPTION AUX T.A.P pour l'intégralité de la plage horaire. Aucun départ à 16h00 **(cochez les jours et périodes d'inscription souhaités) :**

LE MARDI (15h15-16h45) LE VENDREDI (15h15-16h45)

Période 1 (septembre aux vacances de Toussaint)

Période 2 (novembre aux vacances de Noël)

Période 3 (janvier jusqu'aux vacances de février)

Période 4 (mars jusqu'aux vacances de Pâques)

Période 5 (mai jusqu'aux vacances d'été)

TOUTE L'ANNEE

☞ **Personne (s) autorisée(s) à récupérer l'enfant :**

NOM : **Téléphone :**

NOM : **Téléphone :**

DECHARGE :

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant, atteste ne pas l'inscrire aux T.A.P., et m'engage à venir le chercher après le temps d'enseignement, soit :

Les mardis à 15h15

Les vendredis à 15h15

Signature du représentant légal :

Règlement :

- ☛ La participation aux activités périscolaires est gratuite, mais devra faire l'objet d'une inscription préalable. Toutefois une inscription en cours d'année sera possible.
- ☛ L'inscription pour un cycle d'activité vaut engagement pour la durée des séances et de la période.
- ☛ Aucun départ entre les deux activités n'est possible
- ☛ Toute activité sportive nécessite une tenue adaptée
- ☛ En cas d'accident pendant une activité, la municipalité se chargera de prévenir les secours et les parents
- ☛ La programmation des activités sera établie par les services de la municipalité en lien avec les enseignants. Toute exemption d'activité (sportive par exemple) devra être signalée dans le cahier de liaison de votre enfant
- ☛ Les horaires fixés pour la récupération de votre enfant devront être impérativement respectés
- ☛ L'attestation ci-après devra obligatoirement être remplie et signée par le représentant légal de l'enfant.

Attestation des parents

Je soussigné(e) , représentant légal de l'enfant , atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises sur la fiche d'inscription.

Je déclare:

- Avoir pris connaissance et accepter le règlement ci-dessus
- Autoriser mon enfant à participer aux activités proposées par la municipalité de Cysoing dans le cadre des temps d'activités périscolaires
- Avoir pris connaissance que mon enfant sera pris en charge uniquement pendant la durée de l'activité
- Signaler tout traitement en cours, allergies éventuelles ou précision sur une conduite particulière à tenir ou une contre-indication spécifique à une pratique sportive
- Retourner la fiche sanitaire dûment remplie
- Accepter que mon enfant puisse éventuellement être pris en photo pendant les activités et autoriser l'exploitation de ces images dans les outils d'information ou de communication de la municipalité

Fait à le

Signature du représentant légal :

**Fiche sanitaire de liaison**

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

| | |
|---|----------|
| Enfant : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon Date de naissance : | |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | | | Dernier rappel | Vaccins recommandés | | | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|----------------------------|-----|-----|------|
| | oui | non | | | oui | non | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | | | |
| Tétanos | | | | Rubéole | | | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | | | |
| ou DT polio | | | | Autres (<i>préciser</i>) | | | |
| ou Tétracoq | | | | | | | |
| B.C.G. | | | | | | | |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

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

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite | Rougeole | Oreillons | Rhumatisme articulaire aigu | |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et téléphone du médecin traitant (*facultatif*) :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

- **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- atteste que l'enfant ne présente **pas de contre-indication à la pratique des activités sportives**

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :