

RENTRÉE 2014

Inscriptions communes

T.A.P.* / périscolaire

Dossier famille à déposer **REMPLI** à la mairie
les 25, 26 ou 27 août
(lundi : 13h-18h, mardi et mercredi : 8h-13h)

Lors des T.A.P* à Saillans, il est proposé aux élèves de l'école des activités sur le thème :
Je joue, Je bouge, Je crée, Je découvre

Ces activités sont gratuites cette année, non-obligatoires, et ouvertes à tous. Les enfants doivent être impérativement inscrits. La semaine de la rentrée, ils choisiront leur(s) atelier(s) (souhaits respectés dans la mesure du possible). Les inscriptions sont fermes et définitives pour une période ; avant chaque période de vacances, il sera possible de modifier cette inscription.

Les enfants inscrits ne pourront en aucun cas quitter les ateliers avant 16h30. Les enfants non inscrits aux T.A.P seront récupérés par leurs parents à 15H30. Le vendredi l'école se termine pour tous à 16h.

J'INSCRIS MON/MES ENFANTS :

aux T.A.P*

au périscolaire

Inscription aux T.A.P* : je m'engage à la présence de mon/mes enfant(s) aux créneaux suivants :

ENFANT 1

Nom :

Prénom :

Classe fréquentée :

1/ toute l'année :

ou

2/ à une période et je choisis

De la rentrée au 17 octobre :

Du 3 novembre au 19 décembre :

du 5 janvier au 6 février :

Du 23 février au 10 avril :

Du 27 avril au 3 juillet :

T.A.P	LUNDI	MARDI	JEUDI
15h30 à 16h30			

ENFANT 2

Nom :

Prénom :

Classe fréquentée :

1/ toute l'année :

ou

2/ à une période et je choisis

De la rentrée au 17 octobre :

Du 3 novembre au 19 décembre :

du 5 janvier au 6 février :

Du 23 février au 10 avril :

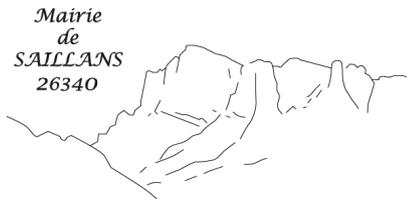
Du 27 avril au 3 juillet :

T.A.P	LUNDI	MARDI	JEUDI
15h30 à 16h30			

En savoir plus: le site de la mairie : <http://www.mairiedesaillans26.fr/>

*T.A.P : Temps d'Activités Péri-éducatives

RENSEIGNEMENTS VALABLES POUR LE PERISCOLAIRE ET/OU LES T.A.P
à remplir pour toute inscription



DOSSIER « FAMILLE »
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / TAP - ANNÉE 2014-2015

1 fiche par famille

L' / Les enfant(s) :

Nom : _____ *Barrer les mentions inutiles.
Prénom : _____
Date de naissance : __/__/____ Sexe : F ou G*
Classe fréquentée : _____

Nom : _____ *Barrer les mentions inutiles.
Prénom : _____
Date de naissance : __/__/____ Sexe : F ou G*
Classe fréquentée : _____

Nom : _____ *Barrer les mentions inutiles.
Prénom : _____
Date de naissance : __/__/____ Sexe : F ou G*
Classe fréquentée : _____

Responsable(s) légal (aux) :

PERE
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : __/__/____
Profession : _____
ADRESSE : _____

MERE
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : __/__/____
Profession : _____
ADRESSE (si différente) : _____

E-Mail : _____
Tél domicile : __/__/____
Tél Portable : __/__/____
Tél bureau : __/__/____

E-Mail : _____
Tél domicile : __/__/____
Tél Portable : __/__/____
Tél bureau : __/__/____

Régime allocataire : CAF MSA autre (à préciser)*
Numéro d'allocation : _____
Quotient familial : _____
Numéro de sécurité sociale : _____

Nous, soussignés _____, autorisons les responsables du périscolaire et des T.A.P
à présenter notre enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence, et si nécessaire, sous anesthésie. Nous nous
engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

- _____ -
- _____ -

AUTORISATIONS PARENTALES (rayer la mention inutile)

Périscolaire

- j'autorise mon enfant à partir seul à ___ h _____
- je n'autorise pas mon enfant à partir seul le soir.

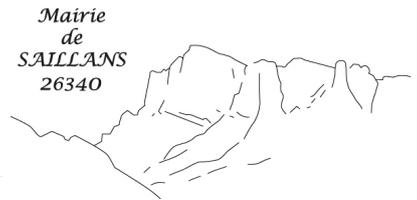
T.A.P

- j'autorise mon enfant à partir seul à ___ h _____
- je n'autorise pas mon enfant à partir seul le soir.

Lu et approuvé, le __/__/2014__

Signature du responsable légal

**RENSEIGNEMENTS VALABLES POUR LE PERISCOLAIRE ET/OU LES T.A.P
à remplir pour toute inscription**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / TAP - ANNÉE 2014-2015
1 fiche par enfant

1- L'ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : F ou G (barrer la mention inutile)

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux de l'enfant)

Il est possible de fournir la photocopie du carnet de vaccins

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DT Polio				Hépatite B	
Tétracoq				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
BOG				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

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

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Rhumatisme Articulaire Aigu Oui Non	Scarlatine Oui Non
Coqueluche Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Oreillons Oui Non	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON
MÉDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

INDIQUEZ CI APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**RENSEIGNEMENTS VALABLES POUR LE PERISCOLAIRE ET/OU LES T.A.P
à remplir pour toute inscription**

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(Port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc....)

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Code postal :
- Ville :
- Tel fixe :
- Tel portable :
- Tel travail :
- Email :
- Nom et tel du médecin traitant :

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

DROIT A L'IMAGE

1 fiche par famille

Je soussignée
(nom-prénom du responsable légal)

Autorise ou n'autorise pas* mon (mes) enfant(s) :

.....
.....
.....

À être filmer ou pris en photo dans le cadre de l'accueil périscolaire et des activités T.AP.

Cette autorisation est valable :

- pour l'édition de documents à nature pédagogique (journal interne et externe)
- pour les expositions relatives au périscolaire et aux activités T.AP.
- pour la diffusion sur le site de la mairie et dans l'agenda communal

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 2014/2015.

Elle peut être révoquée à tout moment.

*Rayer la mention inutile

Lu et approuvé, le ___/___/20___

Signature du responsable légal

RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS

ATTESTATION 2014-2015

Association « Les Gourmands »

1 fiche par famille

A faire remplir par le maire de votre commune

Je soussigné(e),..... maire de la commune de
..... atteste que les enfants :

1-.....

2-.....

3-.....

Scolarisés à l'école de Saillans, est domicilié sur ma commune.

J'accepte en conséquence de participer au règlement du repas à hauteur de 3,75€TTC. Reste à la charge de la famille un coût de 3,75€TTC par repas et par enfant.

En cas de non-participation de ma commune, la famille devra régler le repas au prix de revient, soit 7,50€TTC.

Fait à

Le.....

Cachet et signature

Bonne fin de vacances à tous,
RDV pour les inscriptions et la rentrée !

Dossier famille à déposer REMPLI à la mairie
les 25, 26 ou 27 août

(lundi : 13h-18h, mardi et mercredi : 8h-13h)

Mairie
de
SAILLANS
26340

