

Je soussigné(e) .....responsable légal(e)  
de l'enfant ..... certifié

### Les soins

Autoriser le personnel de l'APS ou des TAP à prendre, toutes les mesures et initiatives rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas de doute, d'urgence médicale ou d'accident, les pompiers et/ou SAMU seront appelés et les parents prévenus.

En cas de transfert aux urgences et/ou en pédiatrie, je décharge la Direction des structures de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital et autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Autoriser, en cas de blessures bénignes (égratignures, écorchures, coups...), l'équipe d'animation à apporter les soins nécessaires en tenant compte des restrictions DDCS inhérentes à la réglementation en vigueur, et qui seront notifiés dans le cahier infirmerie.

### Les activités

Autoriser mon enfant à

participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de l'APS ou des TAP et/ou nécessitant des déplacements hors de l'école (gymnase, salle des Fêtes, ...).

utiliser le transport collectif.

Être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités, afin d'illustrer des supports de communication municipaux (journal, affiches, site web, vidéo, expo...) à titre gratuit et sans utilisation commerciale

### Conditions de départ

- les personnes citées ci-dessous sont autorisées à venir chercher mon enfant à l'APS et aux TAP.

	1ère personne désignée	2ème personne désignée	3ème personne désignée
<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Lien avec l'enfant</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Tel Domicile</b>			
<b>Tel Portable</b>			

Je soussigné(e), ..... , responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à signaler tout changement concernant les renseignements mentionnés ci-dessus, dans les plus brefs délais.

Fait à Dordives le : / /

Signature :

Service Enfance Jeunesse  
Rue Pasteur  
Tél : 02 38 92 85 95  
Port. Coordinatrice : 06 51 63 71 57  
Mail : enfance-jeunesse@dordives.com

## DOSSIER D'INSCRIPTION AUX TAP ET A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

ANNEE 2017/2018

### À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT

**Les enfants non inscrits ne pourront être accueillis ni à l'Accueil Péri-scolaire ni aux TAP**

(\*1) : Rayer les mentions inutiles

**L'enfant**

Nom : ..... Prénom : ..... F  G   
 Né(e) le : ...../...../..... à : ..... département : .....  
 Adresse : .....  
 Classe fréquentée à la rentrée : .....

**Responsable(s)**

Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	ou représentant légal <input type="checkbox"/>
Nom..... Prénom.....	Nom..... Prénom.....	Nom..... Prénom.....
Tél. domicile	Tél. domicile	Tél. domicile
Tél. port.	Tél. port.	Tél. port.
Tél. pro.	Tél. pro.	Tél. pro.
Courriel :	Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :	Profession :
Adresse employeur :	Adresse employeur :	Adresse employeur :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Situation de Famille (\*1) : Mariés / Pacsés / Séparés / Divorcés / Parents naturels / Famille d'accueil/ Union libre  
 Y-a-t-il une décision de justice concernant l'enfant ? Oui / Non (si oui joindre le justificatif établissant le droit de garde)

N° de Sécurité Sociale/MSA (\*1) : .....  
 Autre (lequel) : .....

N° CAF/ MSA : .....

Assurance Responsabilité civile Extra-scolaire -  
 Adresse et N° de Police.....

Je soussigné(e), ....., responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à signaler à la direction de l'Accueil Périscolaire tout changement concernant les renseignements mentionnés ci-dessus. J'ai pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

Mention « Lu et approuvé »  
 Fait à Dordives le : / /

Signature :

**Renseignements médicaux**

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

Varicelle	Rubéole	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Oreillons	Angine	Rhumatisme articulaire aigu

**Vaccinations**

La copie des vaccins est à remettre au moment de l'inscription.

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

**Allergies**

Asthme	Alimentaire	Médicamenteuse	Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

Un P.A.I. a-t-il été mis en place par le médecin scolaire ? Oui  Non   
 Si oui, merci de fournir une copie du protocole établi

**Traitement médical**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les accueils : Oui / Non

Si oui, vous devez joindre **obligatoirement** une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant). **Aucun médicament ne sera donné en dehors d'un protocole établi par le médecin.**

**Difficultés de santé**

Maladie	Accident avec séquelles	Crises convulsives	Hospitalisation	Opération	Rééducation	Autre

Préciser les dates et les précautions à prendre : .....

**L'enfant porte-t-il**

Lunettes	Lentilles de contact	Prothèse(s) auditive(s)	Prothèse(s) dentaire(s)	Autre

Préciser les recommandations particulières et la conduite à tenir : .....

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toute modification dans les plus bref délais.

Fait à Dordives le : / /

Signature :

(\*1) : Rayer les mentions inutiles