



FICHE D'INSCRIPTION UNIQUE
DES ACCUEILS PERISCOLAIRES
2017-2018

TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES (TAP)
GARDERIE DU MERCREDI MIDI
ACCUEILS PERISCOLAIRES du Matin et du Soir

NOM & Prénom de l'enfant	Ecole	Classe (2017-2018)	Date de naissance
--------------------------	-------	--------------------	-------------------

Père : ou représentant légal Courriel : _____

Nom / Prénom : _____

Adresse domicile : _____ Travail : _____

Tel. domicile : _____ Travail : _____

Portable : _____

Mère : ou représentant légal Courriel : _____

Nom/ Prénom : _____

Adresse domicile : _____ Travail : _____

Tel. domicile : _____ Travail : _____

Portable : _____

Nom et adresse du responsable légal (si différent des parents) : _____

N° Allocataire CAF (obligatoire) : _____ Autre régime : _____

Qui joindre en cas d'urgence (si parent pas disponible) ?

Mme, M. _____

J'autorise les organisateurs des accueils de loisirs à prendre mon enfant en photo ou vidéo et à diffuser celles-ci ainsi que ses productions dans le cadre normal de ses activités : OUI - NON (rayez la mention inutile).

Je soussigné (e) _____ en qualité de _____ certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs du/des accueil(s) pour lesquels j'inscris l'enfant et m'engage à respecter les conditions qu'ils fixent et faire respecter par mon enfant les règles de vies des accueils périscolaires concernés.

Date : _____

Signature du (des) responsable(s) : _____

A RETOURNER AVANT le 3 juillet 2017 :
Au Service Education - Mairie d'AYTRE
Place des Charmilles - 17 440 AYTRE
05 46 30 19 19 ou 05 46 30 19 90
pedt@aytre.fr - www.avtre.fr

La mairie organise les Temps d'Activités Périscolaires (TAP). La municipalité garantit un accès gratuit à tous les enfants scolarisés sur la commune sur inscription. De même, elle organise un accueil le mercredi midi après la classe jusqu'à 12h30 sans restauration. Ce service est payant et facturé par la Ville selon le quotient familial calculé par la mairie.

TEMPS D'ACTIVITES PERI EDUCATIVES (TAP)
L'inscription aux TAP est gratuite. C'est un engagement à l'année qui requiert l'assiduité de l'enfant.

J'inscris mon enfant aux TAP : OUI NON
⇒ lundi mardi jeudi vendredi

A la fin du TAP : J'autorise mon enfant à partir seul (uniquement en élémentaire) OUI NON



GARDERIE LE MERCREDI MIDI (fin de classe jusqu'à 12h30, sans restauration)
L'inscription à la garderie du mercredi est un service payant (forfait mensuel facturé à la présence selon quotient familial). Grille de tarifs disponible en mairie ou sur www.avtre.fr

J'inscris mon enfant à la garderie: OUI NON

ACCUEIL PERISCOLAIRE du matin et du soir
Les accueils périscolaires du matin (à partir de 7h30) et du soir (après 16h30 jusqu' à 18h30) sont organisés et gérés par la SLEP. Ce service est payant et facturé par la SLEP en fonction du quotient familial.

1^{ère} OPTION : ACCUEIL REGULIER



	Matin à partir de 7h30	Soir jusqu'à 18h30	Observations
LUNDI			
MARDI			
MERCREDI			
JEUDI			
VENDREDI			

ATTENTION : Toute inscription régulière non décommandée sera facturée.
En cas de fréquentation liée à un planning fluctuant, merci de prévenir les animateurs dans les meilleurs délais.

- 2^{ème} OPTION : ACCUEIL OCCASIONNEL**
- Votre enfant est inscrit à l'accueil périscolaire pour pallier un imprévu ; dans ce cas là vous devez impérativement téléphoner avant 14h00 à la SLEP (05 46 45 11 16) pour que nous puissions prendre votre enfant en charge à sa sortie de l'école.
 - L'enfant vient occasionnellement : les parents s'engagent à nous communiquer les dates et à nous signaler tout changement (☎ 05 46 45 11 16 – centre.slep@wanadoo.fr)
 - *Quelle que soit l'option choisie pour l'accueil périscolaire, vous pouvez la modifier en cours d'année en le signalant à la structure organisatrice de l'accueil de votre enfant.*

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE :

J'autorise mon enfant à partir seul à _____ heures _____ après le périscolaire

J'autorise mon enfant à partir accompagné :



Personnes autorisées à reprendre l'enfant (majeurs uniquement) :

Mlle/Mme/M _____ Tél. : _____

Mlle/Mme/M _____ Tél. : _____

Mlle/Mme/M _____ Tél. : _____

Date & signature du représentant légal _____

FICHE SANITAIRE UNIQUE DE LIAISON		1. ENFANT	
  <i>Périscolaire</i> TAP	NOM :	PRENOM :	
	DATE DE MAISSANCE :	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	
	CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT		
	2. RESPONSABLE DE L'ENFANT		
NOM & Prénom			
ADRESSE (pendant l'accueil)			
.....			
TELEPHONE DOMICILE : BUREAU :			
TELEPHONES PORTABLES :			
NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)			
.....			

3. OBSERVATIONS PARTICULIERES ET RECOMMANDATIONS UTILES (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation etc... ; l'enfant porte-t-il des lunettes ou lentilles, des prothèses auditives ou dentaires etc... précisez) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)
Préciser le nom du vaccin si différent

DESRIPTIF	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie + Tétanos + Coqueluche + Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix	
	<input type="checkbox"/> Boostrix	
	<input type="checkbox"/> Repevax	
	<input type="checkbox"/> tatravac	
Ou Diphtérie + tétanos+ Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio	
	<input type="checkbox"/> Revaxis	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax	
	<input type="checkbox"/> Imovax Polio	
Ou Polio seul	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> Monovax	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Engerix	
	<input type="checkbox"/> Genhevac	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> HBVax	
	<input type="checkbox"/> ROR	
Rougeole-Oreillons-Rubéole	<input type="checkbox"/> Priorix	

5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) - aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

Si oui, fournir obligatoirement de P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) lors de son inscription

Je soussigné(e).....responsable légal(e) 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 chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :