



FICHE d'INSCRIPTION

Périscolaire Et Temps d'Activités Péri-Educatifs

2018/2019

COLLER ICI
la photo de
votre enfant
(numérique
ou d'identité)

A remettre à la mairie de CHAILLE SOUS LES ORMEAUX au plus tard le Lundi 16 Juillet 2018.

Nom-Prénom de l'enfant : Date de naissance :
ÉCOLE : Classe : Enseignant :

RESPONSABLE LEGAL :

	Père	Mère
NOM Prénom		
Adresse du Domicile		
Tél Domicile / Portable		
Courriel		
Situation familiale		
Employeur		
Tél. professionnel		
Profession		

Régime d'appartenance : Général Agricole (MSA)
N° Allocataire : Quotient Familial (QF) :
et autorisons la consultation de notre QF sur le site « CAF VENDÉE » via le CDAP.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire
NOM de la compagnie : N° Contrat : N° Tél :

INFORMATIONS RELATIVES A LA SANTÉ :

Vaccinations obligatoires (DT Polio obligatoire) Date :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? O U I NON PAI (à transmettre obligatoirement)

Si PAI, le joindre obligatoirement et les traitements correspondants.
Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

ALLERGIES

Votre enfant présente-t-il des allergies (alimentation, asthme, médicaments, ...)? OUI NON
Si oui, merci de préciser la nature de celle(s)-ci et la conduite à tenir :

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

Médecin traitant : Téléphone :

EN CAS D'URGENCE :

Les responsables légaux autorisent la collectivité à prendre toutes mesures qui s'imposent.
Je souhaite que mon enfant soit dirigé vers : CHD Clinique St-Charles

Personnes à prévenir :

Nom/Prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

Téléphone :

Nom/Prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

Téléphone :

TAP (Temps Activités Péri-Educatifs) :
à compléter UNIQUEMENT par les familles de l'école Vallée de l'Yon

Mon enfant Cochez votre choix	MARDI de 15h à 16h30		VENDREDI de 15h à 16h30	
	OUI	NON	OUI	NON
Participera aux TAP				
Ne participera pas aux TAP				

Après l'activité TAP, mon enfant :

- sera pris en charge par Mr /Mme
 sera pris en charge par le service de l'accueil périscolaire
 sera pris en charge par un transport scolaire
 j'autorise mon enfant à quitter seul l'établissement et décharge la commune de toute responsabilité.

Toute modification en cours d'année doit être signalée au plus tôt à la mairie ou par mail à cette adresse:
enfance@saintflorentdesbois.fr

ACCUEIL PERISCOLAIRE: à compléter par TOUTES les familles

Mon enfant utilisera le service régulièrement :

Cochez votre choix	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
SOIR					

Mon enfant utilisera le service occasionnellement* OUI NON

*Pour les familles qui utilisent le service périscolaire de façon occasionnelle, une fiche d'inscription hebdomadaire est disponible à l'accueil périscolaire ou téléchargeable sur les sites Internet de notre commune.

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (en dehors des parents) et décline la commune Rives de l'Yon de toute responsabilité

Nom/Prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

N° téléphone :

Nom/Prénom : Lien de parenté avec l'enfant :

N° téléphone :

Mon enfant utilisera un transport scolaire : OUI NON

AUTORISATIONS :

J'autorise mon enfant :

- à être photographié et/ou filmé à des fins d'utilisation par la commune Rives de l'Yon et la presse locale.
 à être transporté en mini bus ou en voiture particulière dans le cadre de sorties exceptionnelles, après avoir été informé.

Je déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et en accepte les conditions du règlement intérieur.

Fait à le

Signature du responsable légal