

INFOS FAMILLE	NOM Prénom des enfants	NIVEAU CLASSE 2017/18	TAP
Enfant 1			<input type="checkbox"/>
Enfant 2			<input type="checkbox"/>
Enfant 3			<input type="checkbox"/>



## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION ACCUEIL TAP

**1 dossier par famille** : (Ecrire en lettres MAJUSCULES SVP)

**Merci de ramener ce dossier dûment complété avant le 6/06/2017**

### Cadre réservé à la Mairie :

Date du dépôt de dossier : .....

Dossier complet signé :  Oui  Non

N° FAMILLE .....

### Pièces justificatives :

- Fiche d'inscription (1 par enfant)
- 1 Fiche sanitaire par enfant (1 par enfant)
- 1 Photo d'identité par enfant (1 par enfant)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2017/2018
- Copie du livret de famille
- Si parents séparés, justificatif d'attribution du droit de garde exclusif et extrait de jugement de divorce le cas échéant
- Copie du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) le cas échéant
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant inscrit

**RESPONSABLE LEGAL :**

NOM DU RESPONSABLE LEGAL : .....PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT (*Entourer la réponse*) : Mère Père Tuteur

Adresse : .....

Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....Courriel : .....

Profession : .....Nom Employeur : .....

Adresse Employeur : .....

Situation familiale : .....

**MEDECIN DE FAMILLE** : NOM : ..... Adresse : .....

.....Téléphone : .....

**Allocataire CAF** :  Oui  Non Si allocataire, N° Allocataire CAF : .....

Adresse de facturation (si différente de celle du responsable légal) :

NOM : .....PRENOM : .....

Adresse : .....

**CONJOINT(E) RESIDANT DANS LE MEME FOYER (MEME ADRESSE) :**

NOM DU RESPONSABLE LEGAL : .....PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT (*Entourer la réponse*) : Mère Père Tuteur

Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....Courriel : .....

Profession : .....Nom Employeur : .....

Adresse Employeur : .....

**RESPONSABLE LEGAL(E) DE L'ENFANT RESIDANT DANS UN AUTRE FOYER :**

NOM DU RESPONSABLE LEGAL : .....PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT (*Entourer la réponse*) : Mère Père Tuteur

Adresse : .....

Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....

Téléphone travail : .....Courriel : .....

**AUTORISATIONS DE PRISE EN CHARGE DE MON (MES) ENFANT(S)**

NOMS Prénoms	AUTORISATIONS PARENTALES	PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON (MES) ENFANT(S)	N° TELEPHONE PORTABLE
<b>ENFANT 1 :</b>	<input type="checkbox"/> Pas autorisé à sortir seul (prise en charge obligatoire par un adulte) <input type="checkbox"/> Sortir seul après les TAP à 16h30	NOM ET PRENOM PERSONNE 1 / LIEN AVEC L'ENFANT:	
		NOM ET PRENOM PERSONNE 2 / LIEN AVEC L'ENFANT:	
<b>ENFANT 2 :</b>	<input type="checkbox"/> Pas autorisé à sortir seul (prise en charge obligatoire par un adulte) <input type="checkbox"/> Sortir seul après les TAP à 16h30	NOM ET PRENOM PERSONNE 1 / LIEN AVEC L'ENFANT:	
		NOM ET PRENOM PERSONNE 2 / LIEN AVEC L'ENFANT :	
<b>ENFANT 3 :</b>	<input type="checkbox"/> Pas autorisé à sortir seul (prise en charge obligatoire par un adulte) <input type="checkbox"/> Sortir seul après les TAP à 16h30	NOM ET PRENOM PERSONNE 1 / LIEN AVEC L'ENFANT:	
		NOM ET PRENOM PERSONNE 2 / LIEN AVEC L'ENFANT:	

**AUTORISATIONS DE SORTIE**

- J'autorise mon (mes) enfants à participer aux diverses sorties organisées sur les temps des TAP.  
 J'autorise mon (mes) enfants à utiliser tous les transports proposés et utilisés durant le temps des TAP.

**UTILISATION DES BUS**

Mon enfant prend le bus :  OUI  NON  
 LOYES MONTHOZ,  MOLLON,  BUCHIN

**AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE MON(MES) ENFANT(S)**

J'autorise la ville de Villieu-Loyes-Mollon à photographier ou filmer mon(mes) enfant(s), et à utiliser ces photos, films et enregistrements audio sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) dans le cadre de publications municipales de la ville de Villieu-Loyes-Mollon.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e), ..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service TAP. Je m'engage à respecter le règlement et à le faire respecter par mon (mes) enfant(s):

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans le dossier d'inscription ;
- M'engage à prévenir la commune de Villieu-Moyes-Mollon de tout changement éventuel (coordonnées, situation familiale, problème de santé.....) ;
- Autorise la ville de Villieu-Loyes-Mollon à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident qui pourrait survenir à mon enfant ;
- Reconnais avoir pris connaissance du fait que les informations recueillies dans le Dossier Unique d'Inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative des services municipaux ;

Fait à ..... Le .....

Signatures des responsables légaux :

Signature enfants :

**Planning indicatif :**

Niveau	Jour de TAP
CE1/CE2	Lundi 13h30-16h30
CM1/CM2	Mardi 13h30 – 16h30
Maternelle	Jeudi 13h30 – 16h30
CP/CE1/CE2	Vendredi 13h30 – 16h30

Planning susceptible d'être modifié suivant l'organisation du temps scolaire

Les informations recueillies dans le dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, les familles bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent, que vous pouvez exercer auprès de :

Monsieur le Maire, Ville de Villieu-Loyes-Mollon – 95, Avenue Charles de Gaulle .

**Cadre réservé à la Mairie :**

N° FAMILLE : ..... TARIF PERISCOLAIRE : .....

**FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION 3/12 ANS**

SERVICE ENFANCE / 1 fiche par enfant

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Né le : ...../...../.....

Classe : .....

 Fille Garçon

Nom du responsable légal : .....

Téléphone 1 à joindre en cas d'urgence : .....

Téléphone 2 à joindre en cas d'urgence : .....

**ACCUEIL TAP**

PERIODE SCOLAIRE 2016/2017		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
TAP (13H30- 16H30)	CP					<input type="checkbox"/>
	CE1/CE2 (classes scindées en deux groupes)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	CM1/CM2		<input type="checkbox"/>			
	Maternelles				<input type="checkbox"/>	

Planning susceptible d'être modifié suivant l'organisation du temps scolaire

Fait à ..... Le ..... Signatures :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 fiche par enfant : (Ecrire en lettres MAJUSCULES SVP)

PHOTO  
RECENTE

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : ..... Classe : .....

## ASSURANCE

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant ..... déclare avoir souscrit une assurance Responsabilité civile individuelle accident corporel.

Compagnie d'assurance : ..... N° de contrat : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations obligatoires à jour (DT Polio)  Oui  Non (fournir un certificat médical de contre-indication)

Date du dernier vaccin antitétanique : .....

Problèmes médicaux :  Oui. Lesquels ? .....  Non

Port de lunettes :  Oui  Non

Port de prothèses auditives :  Oui  Non

Port d'appareil dentaire :  Oui  Non

Recommandations utiles : .....

Allergies alimentaires :  Oui. Lesquelles ? .....  Non

Allergies médicamenteuses :  Oui. Lesquelles ? .....  Non

Allergies autres:  Oui. Lesquelles ? .....  Non

## PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I)

Votre enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I. ?  Oui (joindre la copie)  Non

P.A.I Alimentaire  P.A.I. problème de santé (asthme, épilepsie, ...)

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET HABILITEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE dans le cas où les responsables légaux ne peuvent être contactés

	NOMS ET PRENOMS DES PERSONNES HABILITEES	TEL. DOMICILE	TEL PORTABLE	LIEN AVEC L'ENFANT
1				
2				

Fait à ..... Le ..... Signatures : .....