



**SIEPEA DU PAYS DE
GLANE**
8, ROUTE DE VILLENEUVE 87520 VEYRAC
05.55.78.72.23 / 06.09.91.50.55
MAIL : ALSH@SIEPEA.FR
SITE : WWW.SIEPEA.FR



**Année
scolaire
2024-2025**

Dossier d'inscription TAP & ALSH

Ecole

- Nieul Peyrilhac Saint-Gence Veyrac Autre :

Enfant(s)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe

Adulte 1

Nom Prénom	
Adresse	
Mail	
Téléphone portable	
Téléphone travail	

Adulte 2

Nom Prénom	
Adresse	
Mail	
Téléphone portable	
Téléphone travail	

Responsable(s) de la garde

- Garde conjointe de deux parents
 Garde exclusive à :
 Garde alternée

Pensez à fournir la copie du jugement si besoin de préciser les modalités de garde

CAF

Numéro d'allocataire :

Régime Sécurité Sociale

- Régime général Autre
 MSA

Facturation ALSH

Nom, Prénom et adresse du destinataire de la facture :

.....
 Pour rappel, les TAP sont gratuits. Concernant les frais ALSH, ils vous seront facturés en fin de mois, les modalités de règlement sont à consulter dans le règlement intérieur 2024/2025 ou sur le site Internet

Complétez le verso SVP



Fiche de sortie

Votre / Vos enfant(s) est-il (sont-ils) autorisé(s) à sortir seul(s) ? Oui Non

Liste des personnes autorisées* (en dehors des responsables légaux) ou interdites à récupérer votre / vos enfant(s) :

Nom et prénom	Numéro de téléphone	Lien de parenté	<u>Interdiction de venir récupérer l'enfant</u>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

*Toute personne mentionnée comme autorisée dans ce tableau devra présenter une pièce d'identité en récupérant l'enfant. Les personnes non mentionnées devront, en outre, être munies d'une autorisation écrite des parents.

Déclaration du responsable légal / Autorisations

Je soussign(é)e,

- Autorise / N'autorise pas (rayer la mention inutile) la directrice du Pôle Enfance (ALSH/TAP) à faire soigner mon/mes enfant(s) et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin et m'engage à payer les frais médicaux consécutifs
- Autorise / N'autorise pas (rayer la mention inutile) si besoin le personnel du SIEPEA à administrer le traitement médical pour mon/mes enfant(s), ceci à la vue et en possession de l'ordonnance prescrite par un médecin
- Autorise le transport de mon/mes enfant(s) (autocar et minibus) et à le(s) faire participer aux sorties extérieures
- Certifie que mon/mes enfant(s) est/sont à jour de tous les vaccins réglementaires
- Déclare que mon/mes enfant(s) n'a/n'ont pas de problème de santé incompatible avec la vie en collectivité et à la pratique d'activités physiques
- M'engage à régler le prix correspondant à la période d'inscription sachant que les annulations ne sont possibles que la veille avant 9h (le vendredi avant 9h pour le lundi). A défaut, elles seront facturées

Fait à, le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Pièces à joindre

- Le présent dossier dûment rempli et signé (un par famille)
- La fiche sanitaire de liaison (une par enfant)
- La copie de **TOUTES** les pages vaccinations du carnet de santé
- L'avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 (tarif maximum appliqué si non fourni)
- Le passeport Jeunes CAF 2024 (si bénéficiaire)

Pour l'ALSH
uniquement

