



**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
2023/2024**

Dossier d'inscription TAP & ALSH



Ecole

- 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 2023/2024 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

Je soussign(é)e,

1. Autorise le directeur/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
2. Autorise 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
3. Certifie que mon/mes enfant(s) est/sont à jour de tous les vaccins réglementaires
4. 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
5. Autorise le transport de mon/mes enfant(s) (autocar et minibus) et à le(s) faire participer aux sorties extérieures
6. 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
7. Autorise à reproduire ou présenter les photographies et vidéos prises dans le cadre d'activités ou de sorties et le/les représentant :
 - Dans une revue, un journal ou un ouvrage;
 - Sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom du SIEPEA
 - Sur notre site internet ou celui des communes du SIEPEA (via un hébergeur français) ainsi que sur les pages Facebook et Instagram de l'ALSH
 - Pour présentation en public lors d'une exposition

Si vous n'autorisez pas le SIEPEA à reproduire ou présenter l'image de votre/vos enfant(s), merci de joindre à ce dossier un courrier daté et signé le précisant.

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 2023 (si bénéficiaire)

**Pour l'ALSH
uniquement**





Fiche sanitaire de liaison TAP & ALSH

Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F M

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant l'état de santé de votre enfant et d'éventuelles précautions à prendre lorsqu'il est accueilli à l'ALSH ou en TAP.

Elle permet également de faire le lien entre la structure et les services d'urgence en cas de besoin



Vaccinations

- Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, merci de fournir la page vaccin DT Polio du carnet de santé
- Pour les enfants nés après le 1er janvier 2018, merci de fournir **TOUTES** les pages vaccinations du carnet de santé

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

Renseignements médicaux

- Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? Oui Non

*Si OUI, merci de nous transmettre **IMPERATIVEMENT** une copie du PAI signée par les différentes parties.*

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si OUI, joindre une ordonnance récente (moins d'un an) et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Otite		Angine	
Coqueluche		Scarlatine		Rougeole	
Varicelle		Oreillons		Rhumatisme articulaire aigü	

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Asthme		Médicamenteuses	
Alimentaires		Autres	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler)

.....

.....

.....

.....



Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ré-éducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

Recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, suit un régime alimentaire etc... ? Précisez :

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

En cas d'urgence

Merci de renseigner 2 personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors des responsables légaux) :

- Nom : Prénom :
Numéro de téléphone : Lien :
- Nom : Prénom :
Numéro de téléphone : Lien :

Médecin traitant :

Nom : Numéro de téléphone :
Adresse :

Numéro de sécurité social sur lequel l'enfant est rattaché :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice du Pôle Enfance (ALSH/TAP) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :

Partie réservée au Pôle Enfance

Observations :

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