

# INSCRIPTION TEMPS D'ACTIVITES PERI-EDUCATIFS - TAP ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

	accueil périscolaire payant	école	accueil périscolaire payant - repas	école	TAP gratuit	accueil périscolaire payant
Lundi	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30	11h30 - 13h30	13h30 - 16h30		16h30 - 18h30
Mardi	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30	11h30 - 13h30	13h30 - 15h	15h - 16h30	16h30 - 18h30
Mercredi	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30		ALSH payant 11h30 - 18h30		
Jeu di	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30	11h30 - 13h30	13h30 - 16h30		16h30 - 18h30
Vendredi	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30	11h30 - 13h30	13h30 - 15h	15h - 16h30	16h30 - 18h30

Je demande

l'inscription au TAP

Mardi

Vendredi

## Informations importantes

L'inscription au TAP :

- est valable pour les 5 périodes de l'année, une période correspondant à l'intervalle entre deux vacances,
- il n'est pas possible de s'inscrire en cours de période,
- une inscription peut se faire avant chaque vacance pour la période suivante,
- les parents ont la possibilité de récupérer leurs enfants à 15h, fin du temps scolaire,
- les enfants ayant débuté un Temps d'Activités Péri éducatives (TAP) ne pourront être récupérés qu'à 16h30. Aucun départ anticipé ne sera possible.

Je demande

l'annulation au TAP

Mardi

Vendredi

## Informations importantes

L'annulation au TAP :

- peut se faire à tout moment,
- si l'enfant n'est pas inscrit au TAP, il quitte l'école à 15h le mardi et le vendredi,
- le lundi et le jeudi l'école termine à 16h30.

Date:    /    /

Signature(s) des représentants légaux:

Ecole: \_\_\_\_\_

# TAP

## INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Mariée  Célibataire  Divorcée  Séparée  Concubine  Veuf(ve)  PACS   
Catégorie de famille : Biparentale  Monoparentale

### RESPONSABLE LEGAL 1

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance / /

Père  Mère  Tuteur  Assistante familiale

Nbre enfants ..... Nbre enfants à charge .....

Nationalité .....

Adresse .....

.....

.....

Code Postal .....

Commune .....

Tel. ....

Email .....@.....

Employeur .....

Profession .....

Commune .....

Tel. ....

### RESPONSABLE LEGAL 2

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance / /

Père  Mère  Tuteur  Assistante familiale

Nbre enfants ..... Nbre enfants à charge .....

Nationalité .....

Adresse .....

.....

.....

Code Postal .....

Commune .....

Tel. ....

Email .....@.....

Employeur .....

Profession .....

Commune .....

Tel. ....

N° Allocataire .....

En vertu de la Loi du 6 janvier 1978, « informatique aux fichiers et libertés », des informations strictement confidentielles sont destinées à l'usage exclusif du guichet unique. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données.

# LISTE DES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

Nom et prénom de l'enfant : .....

Responsable légal 1

OUI

NON

Responsable légal 2

OUI

NON

## Autres personnes :

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

Nom, Prénom .....

Qualité<sup>1</sup> .....

Téléphone .....

**Pour les mineurs (de 16 ans révolus), une pièce d'identité sera demandée**

<sup>1</sup>. frère, sœur, oncle, tante, grand-père, grand-mère, nounou, autre...

Date: / /

Signature(s) des représentants légaux:



## GUICHET UNIQUE SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE

Diamant I, BP. 30192 - 20178 Ajaccio Cedex 1 Tél. 04 95 10 03 33 - Fax: 04 95 23 67 48

guichet.unique@ville-ajaccio.fr • Portail famille: <http://ajaccio.accueil-famille.fr> • [www.ajaccio.fr](http://www.ajaccio.fr)

HORAIRES

**Mars et Avril** du lundi au vendredi : 8H à 17H (journée continue)

**Horaires habituels** du lundi au vendredi : 8H à 16H (journée continue)

# ATTESTATION MEDICALE

## ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

### Attestation

Votre enfant présente-t-il un problème de santé :

	Oui	Non
→ maladie métabolique (diabète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous cochez « oui » ci-dessus, merci de faire compléter le verso de ce formulaire par votre médecin traitant

Date:    /    /

Signature(s) des représentants légaux:

# ATTESTATION MEDICALE ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

A compléter uniquement si vous avez complété le recto de ce document

Nom et prénom de l'enfant: \_\_\_\_\_

## PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Description du problème médical: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Protocole à suivre en cas de problème: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: / /

Cachet et Signature du Médecin

## PARTIE A REMPLIR PAR LES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise l'équipe municipale en charge des temps péri et/ou extra scolaires ou des TAP, à délivrer les médicaments mentionnés dans l'ordonnance ci-jointe à mon enfant en cas de nécessité.

Date: / /

Signature(s) des représentants légaux:

# ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRA SCOLAIRES ANNEE SCOLAIRE - 201. / 201.

Nom et prénom de l'enfant : .....

## Autorisation parentale

Je soussigné(e)..... autorise la Ville d'Ajaccio à utiliser toute photo ou vidéo réalisées dans le cadre des activités scolaires, périscolaires, extrascolaires et TAP afin de présenter les actions mises en œuvre et aucunement dans un but commercial.

Autorisation particulière : publication sur le site de la Ville d'Ajaccio

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant à participer à toutes les sorties organisées par les Accueils de loisirs de la Ville d'Ajaccio, dans le cadre des mercredis, petites et grandes vacances.

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant inscrit aux activités périscolaires et/ou extrascolaires à être transporté en cas d'accident.

→ Personne à contacter en cas d'accident : .....



→ Autorisation de transporter votre enfant vers le Centre Hospitalier :

Oui

Non

Si non, vers quelle clinique voulez-vous le faire transporter : .....

Autorisation de pratiquer les premiers secours en cas de besoin :

Oui

Non

Date: / /

Signature(s) des représentants légaux :