



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 - 15h00	15h00 - 16h30	16h30 - 18h30
Mercredi	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30	ALSH payant 11h30 - 18h30			
Jeudi	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30	11h30 - 13h30	13h30 - 16h30		16h30 - 18h30
Vendredi	7h30 - 8h30	8h30 - 11h30	11h30 - 13h30	13h30 - 15h00	15h00 - 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 éducatifs (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 des représentants légaux :

Ecole :

.....

TAP

Informations sur la famille

Marié(e) : Célibataire(e) : Divorcé(e) : Séparé(e) : Concubin(e) : Veuf(ve) : PACS :
Catégorie de famille : Biparentale : Monoparentale :

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille	Nom de jeune fille
Prénom	Prénom
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Assistante familiale <input type="checkbox"/>
Nbre enfants:... Nbre enfants à charge :...	Nbre enfants:... Nbre enfants à charge :...
Nationalité :	Nationalité :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Code Postal :	Code Postal :
Commune :	Commune :
Tel :	Tel :
Email :@.....	Email :@.....
Employeur :	Employeur :
Profession :	Profession :
Commune :	Commune :
Tel :	Tel:
No 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 À RECUPERER
L'ENFANT
Année SCOLAIRE – 201 . / 201 .**



Nom et prénom de l'enfant :

	Oui	Non
Responsable legal 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsable legal 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres personnes :

Nom, Prénom :
Qualité¹ :
Téléphone :

Nom, Prénom :
Qualité¹ :
Téléphone :

Nom, Prénom :
Qualité¹ :
Téléphone :

Nom, Prénom :
Qualité¹ :
Téléphone :

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

1. frère, sœur, oncle, tante, grand-père, grand-mère, nounou, autre ...

Date : / /

Signature des représentants légaux :



Activités Périscolaires Année 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 TAP (Temps d'Activités Péri-éducatifs) 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 inscrit aux TAP 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 des représentants légaux :



Attestation médicale
Année 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 des représentants légaux :



Attestation médicale
Année SCOLAIRE – 201 . / 201 .



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

Nom et prénom de l'enfant :

Partie à remplir par le médecin

Description du problème médical :

Protocole à suivre en cas de problème :

Date : / /

Cachet et Signature du Médecin

Partie à remplir par les responsables légaux

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 des représentants légaux