

Bonjour,

Merci de bien vouloir remplir le coupon ci-dessous pour l'inscription aux TAP de votre enfant. Coupon à remettre à la mairie, à l'école ou au centre de loisirs (caisse spécifique) **avec le dossier d'inscription avant le 5 juillet 2016.**

Pour l'année scolaire 2016/2017 :

Nom :

Prénom :

Classe :

sera présent en TAP de 15h00 à 16h30 le :

MARDI

ET/OU

VENDREDI

Note : L'inscription se fait pour l'année entière.

Merci de bien vouloir remplir ce deuxième coupon pour autoriser ou non la sortie seule de votre enfant après les TAP.

Je Soussigné :

AUTORISE(NT) mon enfant :

à rentrer seul à son domicile ou à me rejoindre sur le parking à l'issue de l'activité proposée lors des TAP :

Oui

Non

Note :

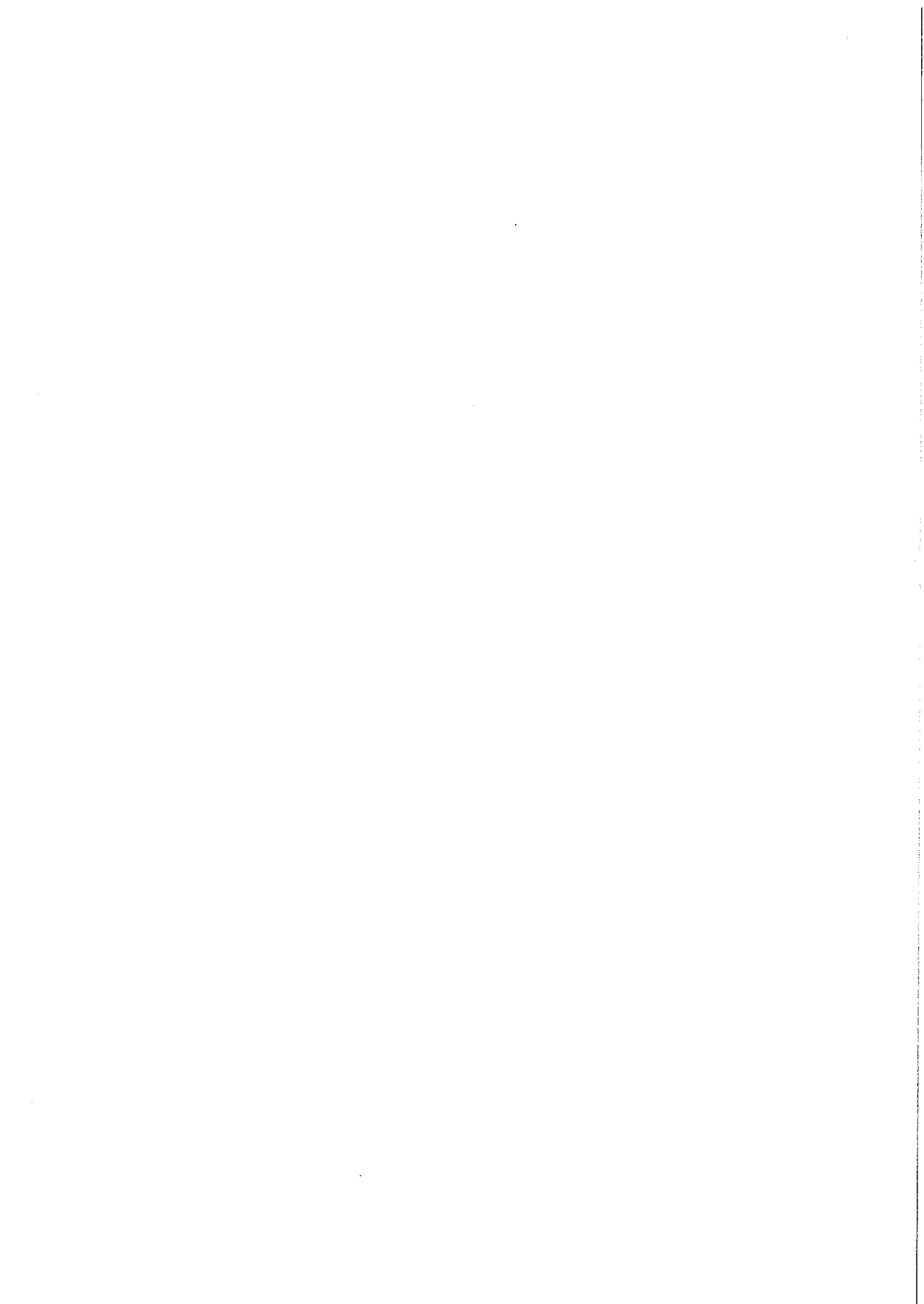
- Si votre enfant est autorisé à rentrer seul, il se verra remettre un smiley qui sera accroché sur son sac.
- Pour notre organisation, merci de bien veiller à ce que le smiley soit bien accroché. En cas de perte ou de dégradation de celui-ci merci de me le transmettre pour que je le refasse.

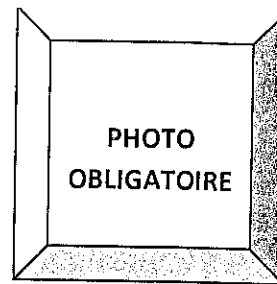
Date et signature suivi de la mention « lu et approuvé »

Bien cordialement

Catherine Marec

Directrice des TAP





DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

Aux Temps d'Activité Péri-éducatifs (TAP)

Année scolaire 2016/2017

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F
 Né-e le : / / Ville :
 Nom établissement scolaire :
 Classe (A la rentrée de Septembre 2014):

2. RENSEIGNEMENTS RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

1^{er} Représentant légal : 2^{ème} Représentant légal :
 Liens avec l'enfant : /
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 ☎ Domicile : / / /
 ☎ Mobile 1 : / / /
 ☎ Mobile 2 : / / /
 E-mail : @
 Compagnie d'assurance ⁽¹⁾ de la RC :
 N° de police d'assurance RC ⁽¹⁾ : Date d'échéance : / /

3. FICHE SANITAIRE DE LIAISON (A renseigner dans son ensemble)

VACCINS	A jour		Année de vaccination
	Oui	Non	
Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole – Oreillons - Rougeole			
Coqueluche			
Autres (précisez)			

ALLERGIES CONNUES	Préciser

Nom du MEDECIN traitant	ADRESSE	TELEPHONE 📞

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses...)

4. LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s),

5.1 **AUTORISE(NT) mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de l'activité proposée lors des TAP :**

Oui Non

5.2 **AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant après l'activité proposée lors des TAP (en plus des représentants légaux) :**

NOM - PRENOM	Lien avec l'enfant	📞	A contacter en cas d'urgence	
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

** Pour toute personne mineure susceptible de venir chercher votre enfant, il faut joindre un courrier d'autorisation parentale au dossier d'inscription.*

5.3 AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- Les TAP (*journal, exposition ...*) Oui Non
- L'association EPAL Oui Non
- La presse locale Oui Non
- Le site internet des écoles et/ou de la Mairie Oui Non

5.4 AUTORISE(NT) le personnel des TAP à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

- Dont transfert aux urgences Oui Non

DECHARGE(NT) la direction de l'accueil de loisirs périscolaire (TAP) de toutes responsabilités pendant le trajet de l'enfant (avec les pompiers) jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

DEMANDE(NT) au responsable des TAP :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :
Oui Non
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant (doliprane) :
Oui Non
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité :
Oui Non
- D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes :
Oui Non

Signature du 1^{er} Représentant légal

Date et mention « lu et approuvé »

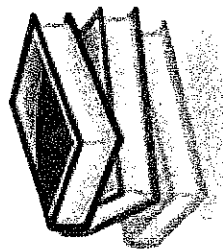
**Signature du 2^{ème} Représentant légal
(Éventuellement)**

Date et mention « lu et approuvé »

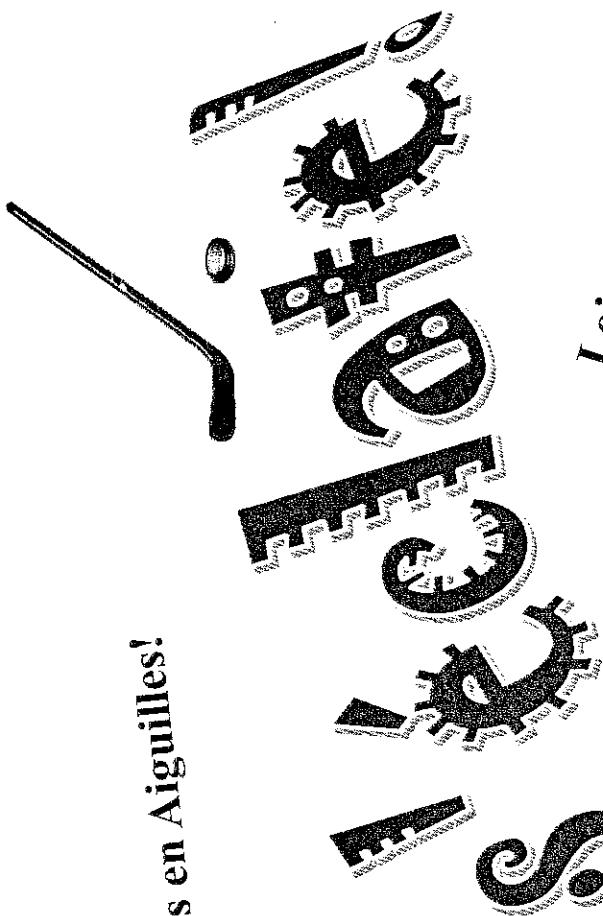
Merci de renseigner ce dossier dans son ensemble pour une bonne prise en charge de votre enfant.



SOYONS SPORTIF!



De fils en Aiguilles!

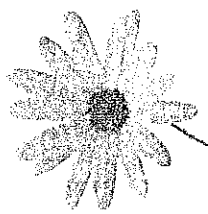


Quand la lecture prend vie!

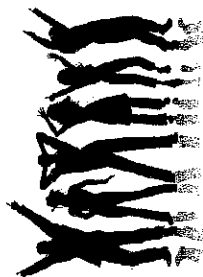
LES ARTS

Loisirs créatifs!

Je bulle!



Motricité!



Comédie musicale!

Mais comment ça se passe?



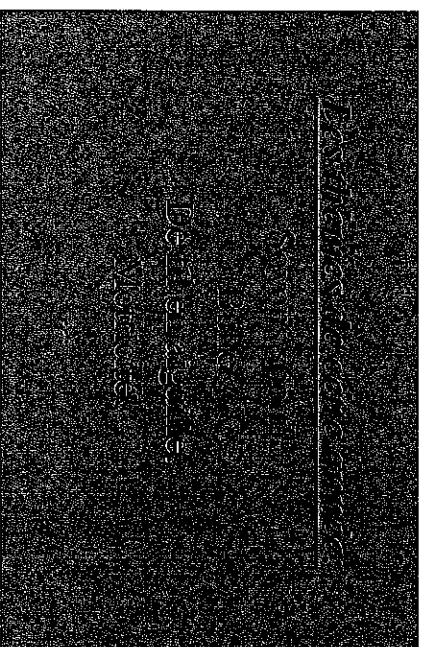
La Mairie de Saint-Divy, par une convention de partenariat, confie à l'association EPAL la gestion et l'organisation des TAP.

Objectif: Faire découvrir de nouvelles activités aux enfants.

Chaque animateur se spécialise dans une thématique qu'il proposera tout au long de l'année dans les différentes salles mises à disposition par la commune. Chaque enfant se verra attribuer un groupe qu'il gardera toute l'année. Avec son groupe votre enfant participera à tous les thèmes proposés.

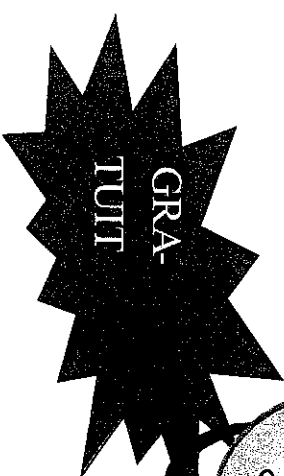
(Un document explicite vous sera remis le jour de la reprise des TAP avec le groupe de votre enfant et le déroulement des activités sur l'année.)

**Dossier à remettre en
Mairie, école ou Alsh
(caisse spécifique)**



Inscriptions:

- Les inscriptions se font pour l'année.
- Possibilité d'inscrire le mardi et/ou le vendredi.



Inscription avant
le

Contact:

MAREC Catherine directrice des TAP
saint-divy@epal.asso.fr
06.95.04.14.43