

Année scolaire 2015-2016
FICHE D'INSCRIPTION (une par enfant)
TAP - ACCUEIL PERISCOLAIRE
FREQUENTATION BUS

Renseignements concernant l'enfant

NOM : Prénom : Né(e) le sexe : F - M

Classe: Ecole fréquentée: Ste Croix-Hague Biville Vauville

TAP

Mon enfant fréquentera les TAP le mardi 01/09/15 oui non à compter du : / /

Activités récréatives A l'année cycle 1

Régulier : lundi mardi jeudi vendredi

Occasionnel : lundi mardi jeudi vendredi

Suivant planning : (transmettre le planning à l'équipe d'animation)

Ateliers cycle 1 Lundi Mardi Jeudi
(2 ateliers maximum par cycle)

ACCUEIL PERISCOLAIRE (à partir de 3 ans)

(9h00 maximum de présence journalière pour **les moins de 6 ans**, sauf dérogation de la PMI)

Mon enfant fréquentera l'accueil périscolaire le mardi 01/09/15 oui non à compter du : / /

lundi matin mardi matin mercredi matin jeudi matin vendredi matin

lundi soir mardi soir mercredi midi (gratuit) jeudi soir vendredi soir

Occasionnel

Suivant planning (transmettre le planning à l'équipe d'animation)

TRANSPORT SCOLAIRE (pour Biville et Vauville) oui non

(Inscription obligatoire au transport Manéo scolaire au conseil général de la Manche – se renseigner à la CCH)

Les enfants étant sous responsabilité d'HVL à la fin des TAP et le mercredi midi, obligation de renseigner les cases ci-dessous (se référer au règlement intérieur pour plus d'info).

lundi soir mardi soir mercredi midi jeudi soir vendredi soir Occasionnel

Déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur des TAP et du périscolaire et m'engage à le respecter.

Date et signature du responsable



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2015 - 2016

Association conventionnée avec la CAF de la Manche



Valable du 01/09/2015 au 31/08/2016 (remplir une fiche par famille)
Les parents s'engagent à signaler tout changement en cours de période

COMMUNE :

LES ENFANTS

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance

LES PARENTS

Si garde alternée : 1 dossier par parent en précisant semaine paire ou semaine impaire

	PERE	MERE
Nom et Prénom		
Adresse de facturation		(Si différente)
Situation familiale		
Tél. domicile		
Portable		
Email		
N° S.S.		
Profession		
Nom employeur		
N° Allocataire (cocher case correspondante) CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/>		

Les renseignements demandés ci-dessus sont obligatoires afin que l'association puisse percevoir les aides financières nécessaires à son fonctionnement

Personnes autorisées à reprendre l'ensemble des enfants du foyer

Nom et Prénom	Lien de parenté	Nom et Prénom	Lien de parenté

Dans le cadre de ses activités et pour la promotion de l'association, j'autorise Hague Vacances Loisirs à utiliser les photos et films réalisés avec l'enfant..... à compter du **01/09/2015**.

Nom du représentant légal : Date et signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »):



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2015/2016

valable du **01/09/2015** au **31/08/2016**

Pour tout changement, une nouvelle fiche devra être établie

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démurer du carnet de santé

Enfant :	<input type="checkbox"/> Filles	<input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :
Nom :			Prénom :
Adresse :			

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui		non		Date du dernier vaccin (obligatoire)	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (préciser)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non

Si oui, lequel ?

En séjour, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non
asthme oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui occasionnellement non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

Personnes à contacter en cas de nécessité :

NOM	PRENOM	TELEPHONE domicile/bureau

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant.....

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- s'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

- s'engage à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :