



SEIGNOSSE

DOSSIER D'INSCRIPTION TAP 2017-2018

Enfant

Nom : Prénom :
Né(e) : Sexe : masculin féminin
Classe fréquentée :

Parent(s) – Responsable légal

Mr Prénom :
Tel portable Tel professionnel
Email Profession :
Adresse
Code Postal Ville
Téléphone domicile

Mme Prénom :
Tel portable Tel professionnel
Email Profession :
Adresse
Code Postal Ville
Téléphone domicile

En cas de séparation, dernier jugement fourni oui

En l'absence de ce document, la remise des enfants pourra être faite à l'un ou à l'autre des parents.

Parent couvrant l'enfant

Nom Prénom
N° de Sécurité Sociale
N° CAF ou MSA

Autorisation de départ de l'enfant

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant autres que les parents :

Nom Prénom	Lien de parenté	N° téléphone

J'autorise mon enfant à sortir seul des locaux (uniquement pour l'école des 2 Etangs) :

À 15h Oui Non à 16h30 Oui Non

Autorisation de participation aux activités

J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées lors des TAP, à utiliser les transports mis à disposition pour les sorties organisées, à se rendre à pied dans tous les locaux utilisés pour les activités des TAP, encadré par l'animateur de son atelier: Oui Non

Autorise en cas d'urgence

Le personnel de l'ACM à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (soins médicaux, médecin, hospitalisation).

Nom et téléphone du médecin traitant _____

Autorisation de filmer et photographier

Dans le cadre des activités, j'autorise l'équipe d'animation à photographier et filmer mon enfant _____

Oui Non

Les images peuvent être utilisées pour les documents de communication de la commune, le site internet et la presse.

Le dossier complet est un préalable à l'accueil de votre (vos) enfant(s)

Le dossier doit comporter:

- Fiche sanitaire de liaison
- Attestation assurance responsabilité civile
- Photocopie des pages du carnet de santé qui correspondent aux vaccins de l'enfant
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale ou le nom de l'enfant figure
- Numéro d'allocataire CAF
- Pour les ressortissants MSA, attestation QF au 1er janvier de l'année et bons MSA
- Fiche inscription signée

Je soussigné(e) _____

responsable de l'enfant _____

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires à la sauvegarde et à la santé de mon enfant.

reconnais accepter le règlement intérieur.

Fait à _____

le, _____

Signature _____

MAIRIE DE SEIGNOSSE 1998 AVENUE CHARLES DE GAULLE 40510 SEIGNOSSE

Tél. 05 58 43 89 89 ou 06 78 00 38 62 email : clsh@seignosse.fr

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (TAP)

Année scolaire 2017-2018

PRÉAMBULE

La réforme des rythmes scolaires a été mise en application dès le 2 septembre 2014 pour les 2 écoles de Seignosse.

L'accueil périscolaire (payant) assuré par le centre de loisirs le matin de 7h30 à 9h et le soir de 16h30 à 18h30 est complété par un Temps d'Activités Périscolaires (TAP) le mardi et le vendredi de 15h à 16h30. Il s'agit d'activités physiques, artistiques, culturelles et de loisirs axées sur l'éveil, la découverte, la détente. En aucun cas la performance ou l'apprentissage ne sont visés car ces activités ne supplantent pas ce que proposent les divers clubs et associations.

Ce temps n'est pas obligatoire. Il est assuré gratuitement sous condition d'inscription.

L'inscription aux Temps d'Activités Périscolaires vaut acceptation du présent règlement intérieur.

FONCTIONNEMENT

L'encadrement et la surveillance pendant les Temps d'Activités Périscolaires sont assurés par des personnels recrutés par la mairie (animateurs des accueils périscolaires, agents communaux, professeurs, intervenants d'associations seignossaises). Tous ces personnels sont placés sous la responsabilité du Maire.

Ces personnes pourront être secondées par des bénévoles.

Les activités seront proposées le mardi et le vendredi, durant toute l'année scolaire. Elles pourront varier selon les projets de chaque école et selon la période de l'année.

La prise en charge des élèves sera effective dès 15h et s'étendra jusqu'à 16h30.

Les Temps d'Activités Périscolaires commencent par 15 minutes de pause pendant lesquelles les élèves sont sous la responsabilité des personnels d'encadrement.

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Une fiche de renseignements pour chaque enfant fréquentant les TAP doit obligatoirement être complétée pour l'inscription, et rendue au service scolaire de la mairie.

Tout changement sur les informations fournies à l'inscription et survenant en cours d'année scolaire doit être impérativement et immédiatement signalé.

L'inscription est valable pour les 5 périodes de l'année scolaire 2017-2018.

2017		2018		
PÉRIODE 1	PÉRIODE 2	PÉRIODE 3	PÉRIODE 4	PÉRIODE 5
du 4 septembre au 20 octobre	du 6 novembre au 22 décembre	du 8 janvier au 9 février	Du 26 février au 6 avril	du 23 avril au 6 juillet

Les inscriptions aux TAP de la période 1 débuteront le lundi 26 juin 2017 et se termineront le vendredi 28 juillet 2017.

Il est possible de s'inscrire pour toutes ou l'une ou l'autre des périodes, mais l'inscription à la période signifie la présence de l'enfant tous les mardis et /ou vendredis de ladite période, sauf cas de force majeure ou impondérable dûment justifié (événement familial, maladie, ...)

Une fréquentation ponctuelle n'est pas envisageable. Un registre des présences est tenu à jour.

La participation aux activités choisies doit être régulière tout au long de la période.

L'inscription sur les différents ateliers proposés s'effectuera par ordre d'arrivée des bulletins d'inscription aux ateliers au service scolaire de la mairie. Un choix non satisfait sur une période pourra être reporté sur une des périodes suivantes, dans la limite des places disponibles.

Les activités choisies sur une période ne peuvent pas être à nouveau sélectionnées au cours de la période suivante, sauf s'il reste des places.

En fonction des impondérables (intempéries, canicule, absence d'agents ou d'intervenants) l'organisation des ateliers est susceptible d'être modifiée.

ASSURANCE

La commune est assurée pour les risques incombant au fonctionnement du service périscolaire.

Il revient à chaque parent de prévoir une assurance en responsabilité pour les dommages que leurs enfants sont susceptibles de causer à un tiers pendant les horaires de fonctionnement de ce service. Par ailleurs, il est de votre intérêt de souscrire une assurance individuelle accident.

TRANSFERT DE RESPONSABILITÉ

Si l'enfant n'est pas inscrit aux Temps d'Activités Périscolaires, la sortie après le temps scolaire à 15h se fait conformément aux dispositions du règlement intérieur de l'école.

L'enfant inscrit aux TAP sera dirigé vers la cour de récréation où il sera immédiatement pris en charge par un animateur et sera sous sa responsabilité jusqu'à 16h30. Un enfant non-inscrit mais toujours présent après 15h sera intégré à l'atelier qui dispose de places.

Les parents devront attendre la fin de l'activité pour pouvoir récupérer leur(s) enfant(s).

A 16h30, à la fin du Temps d'Activités Périscolaires, les enfants seront remis aux parents ou à la personne responsable dûment désignée par eux ou dirigés vers l'accueil périscolaire (payant), ou le bus. Les enfants des Deux Etangs peuvent quitter seuls les locaux de l'école à l'issue des TAP à condition que leurs parents le précisent sur la fiche d'inscription.

TENUE VESTIMENTAIRE

Pour leur confort, les enfants doivent être munis d'une tenue adaptée à leurs choix d'ateliers (baskets, casquette), de manière générale tous leurs effets doivent être marqués à leur nom.

NON-OBSERVATION DU REGLEMENT

L'équipe de l'ACM est garante du bon déroulement des temps proposés, ateliers, rassemblements, récréations. Il appartient à chacun, adulte ou enfant, de respecter toutes les personnes présentes, le matériel, et les locaux mis à disposition.

Toute clause du règlement non respectée, de manière répétée ou injustifiée, ainsi que tout mauvais comportement de l'enfant entraînera un avertissement ou l'exclusion, temporaire voire définitive du service.



Autorisation parentale / Droit à l'image

Nous, soussignés M. Mme:

Adresse :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

Agissant en qualité de représentants légaux de l'enfant :

Autorise (sons)

Les représentants de l'accueil collectif de mineurs municipal de Seignosse à filmer ou prendre mon enfant en photo, à utiliser ces prises de vues pour des publications, supports pédagogiques ou de communication relatifs à la promotion des activités de l'accueil de loisirs (Facebook, magazine, gazette, blog, site internet de la mairie...) au cours de l'année scolaire 2017-2018.

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par le centre de loisirs est garanti, de même que le droit de retrait.

N'autorise (sons) pas

Date

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé » :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CEtte FICHE PERMET DE REcueILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMÂNER DE SON CABINET DE SANTÉ

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliovirulente				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<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
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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 :
ASTHME ALIMENTAIRES AUTRES MÉDICAMENTEUSES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si auto-médication, le signaler)

INDIQUEZ CLAIRÉMENT :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%
Fournir les attestations (CMU et prise en charge S.S).

Le soussigné, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES