

Photo récente  
obligatoire

**Cadre réservé à l'administration**

Classe de M/Mme :

Niveau :

Groupe TAP :

**BULLETIN D'INSCRIPTION  
ACTIVITES PERISCOLAIRES (TAP)  
Ecoles de Tréguier et Minihi-Tréguier  
Année scolaire 2015/2016**

**Renseignements concernant l'enfant :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Age révolu: .....

Année de naissance : .....

**Renseignements concernant la famille :**

Responsable légal ayant la garde de l'enfant : .....

	Père	Mère
Nom et prénom		
Date de naissance		
Profession		
Adresse		
Téléphone personnel		
Téléphone professionnel		
adresse mail		
Numéro de sécurité sociale		
Numéro d'allocataire CAF ou MSA (précisez)		

**Pièces obligatoires à la première inscription :**

- le bulletin d'inscription
- la fiche sanitaire (complétée et signée)
- l'attestation d'assurance (responsabilité civile) de l'année en cours
- Fournir P.A.I si nécessaire (Projet d'accueil Individualisé) si nécessaire

**Les dossiers sont à retourner en mairie de Tréguier au plus tard le 15 septembre 2015**

Adresse de facturation (si différente de l'adresse des parents) :

.....  
.....

**Autorise** mon enfant :

- à participer à toutes les activités, y compris sorties, activités sportives  OUI  NON
- à utiliser les moyens de transport mis à disposition (car, minibus)  OUI  NON
- le directeur (rice) ou l'animateur (rice), à prendre, **en cas d'urgence**, toutes mesures médicales et à faire transporter mon enfant à l'hôpital  OUI  NON

**Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom	Prénom	Lien de parenté	téléphone	mobile

- à être photographié lors des activités périscolaires  OUI  NON
- la publication des clichés photos pour l'utilisation promotionnelle des activités  OUI  NON

**Les communes de Tréguier et de Minihy-Tréguier s'engagent à :**

*Ne pas porter atteinte à la réputation et à la vie privée de la personne photographiée*

*Ne pas communiquer dans les légendes des informations susceptibles de rendre identifiable l'enfant et sa famille*

**Atteste** l'exactitude des renseignements portés sur le présent bulletin et informera la mairie de Tréguier de tout changement de situation.

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.**

Fait à.....

le .....

**Signature :**

Le Représentant légal,

Signature du (des) parent(s),



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non

ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

#### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) 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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE JOUR).....

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

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

*Je 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues  
nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

---

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

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....