

Mère		Père	
Nom: .....	Prénom: .....	Nom: .....	Prénom: .....
Adresse: .....	Adresse: .....	Adresse: .....	Adresse: .....
Code postal: ..... Ville: .....	Code postal: ..... Ville: .....	Code postal: ..... Ville: .....	Code postal: ..... Ville: .....
Tél: fixe: .....	Tél: fixe: .....	Tél: fixe: .....	Tél: fixe: .....
Tél portable: .....	Tél portable: .....	Tél portable: .....	Tél portable: .....
Tél pro: .....	Tél pro: .....	Tél pro: .....	Tél pro: .....
Mail: .....	Mail: .....	Mail: .....	Mail: .....
Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée	Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée	Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée	Situation : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée
<input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Concubine <input type="checkbox"/> Pacsée	<input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Concubine <input type="checkbox"/> Pacsée	<input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé	<input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Pacsé
<input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf
Profession: .....	Profession: .....	Profession: .....	Profession: .....
Autorité parentale: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Responsable légal (si différent des parents)</b>			
<i>(Joindre extrait du jugement)</i>			
Nom: .....	Prénom: .....	Nom: .....	Prénom: .....
Adresse: .....	Adresse: .....	Adresse: .....	Adresse: .....
Code postal: ..... Ville: .....	Code postal: ..... Ville: .....	Code postal: ..... Ville: .....	Code postal: ..... Ville: .....
Tél: fixe: .....	Tél: fixe: .....	Tél portable: .....	Tél portable: .....
Tél pro: .....	Tél pro: .....	Mail: .....	Mail: .....

### Facturation

**Allocataire CAF/MSA/ Autres régimes**

Caisse d'affiliation : .....

N° allocataire : ..... Quotient familial : ..... €

Bénéficiaire prestation :  Mère  Père  Responsable légal

*(Joindre la notification du quotient familial de moins de 3 mois pour déterminer le tarif APS)*

**Paiement**

Payeur :  Mère  Père  Responsable légal  Autre (à préciser)

Prélèvement automatique :  Oui  Non

*Pour une première demande, contacter le bureau administratif au 02.41.41.27.40*



Nom et prénom : .....

Ecole : .....

Classe (2017/2018) : .....

Année scolaire 2017/2018

Dossier d'inscription unique

# Temps Périscolaires

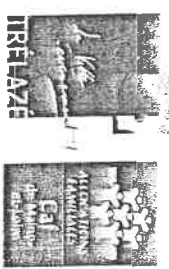
## (APS et TAP)

Ce dossier est à compléter par toutes les familles. Il doit impérativement être retourné sous enveloppe, accompagné des justificatifs demandés, dans le cahier de liaison de la classe.

A restituer avant le 20 juin



Service Public de l'Éducation  
Département de Service Public de l'Île-de-France



## Inscription

### Accueil Périscolaire payant (garderie)

Mon enfant fréquentera le service d'accueil périscolaire de façon:

- Régulière  Occasionnelle

*Les enfants inscrits régulièrement seront systématiquement confiés aux animateurs après la classe ou les TAP. Les parents devront informer le responsable de site des changements relatifs à l'utilisation de ces services, le plus tôt possible.*

### Temps d'Activités Périscolaires gratuit (TAP)

J'inscris ou non mon enfant aux TAP de 15h30 à 16h30 (maternelle et groupe scolaire), de 15h15 à 16h30 (élémentaire):

- Lundi  Mardi  Jeudi  Non

*L'inscription aux TAP rend la participation de votre enfant obligatoire jusqu'à la fin de l'année.*

**ATTENTION :** un enfant inscrit à l'accueil périscolaire du soir doit obligatoirement être inscrit aux TAP.

*Merci de signifier toute absence ponctuelle de l'enfant dans le cahier de liaison.*

## Santé

DT Polio :  Oui  Non Date de rappel : .....

Complément d'information et autre problème médical (allergies...) : .....

Régime alimentaire:  Sans porc  Sans viande

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident (nom et coordonnées): .....

Hospitalisation si personne n'est joignable :  Hôpital  Clinique

## Autorisations

Par cette inscription, j'autorise pour mon enfant :

- toute **intervention médicale** et/ou chirurgicale devant être réalisée en cas d'urgence :  Oui  Non

- les prises de vues et vidéos éventuelles lors des activités et l'utilisation de ces images par la Ville de Trélazé ou Léo Lagrange Ouest dans ses publications :  Oui  Non

- la participation à des activités pratiquées hors de l'école, et donc un déplacement à pied ou en bus avec un animateur :  Oui  Non

- la possibilité de quitter seul la structure (+ 6 ans) :

- après les TAP à 16h30 (lundi, mardi, et jeudi)  
 après l'accueil périscolaire (heure à préciser)

**Personnes autorisées** à venir chercher l'enfant (autre que les parents/resp. légal):

Nom Prénom: .....

Tél portable: .....Lien avec l'enfant: .....

Nom Prénom: .....

Tél portable: .....Lien avec l'enfant: .....

Nom Prénom: .....

Tél portable: .....Lien avec l'enfant: .....

Nom Prénom: .....

Tél portable: .....Lien avec l'enfant: .....

Nom Prénom: .....

Tél portable: .....Lien avec l'enfant: .....

*Une pièce d'identité pourra être demandée et tout changement en cours d'année devra être signalé au responsable de site. Toutes les personnes de la famille (frères/sœurs, grands-parents...) doivent être inscrits ici.*

**Signature**