

**Le dossier ne pourra être pris en compte que s'il est complet**

**Liste des pièces à fournir :**

- Copie assurance extra-scolaire 2017/2018
- Copie des vaccins (DTP)

**Autorisation parentale**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ responsable légal de(s) l'enfant(s)

- autorise la ou les personnes désigné(es) ci-dessous à venir chercher mon enfant sur les structures de la Communauté de Communes.

Nom & Prénom \_\_\_\_\_ Tél.portable \_\_\_\_\_ tél fixe \_\_\_\_\_

Nom & Prénom \_\_\_\_\_ Tél.portable \_\_\_\_\_ tél fixe \_\_\_\_\_

- autorise mon enfant à quitter seul la structure ( CF règlement intérieur)  n'autorise personne à récupérer mon enfant

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorisation de prises de vues :  autorise  n'autorise pas

Autorisation de sorties :  autorise  n'autorise pas

les équipes d'animation des différentes structures de la Communauté de Communes, à prendre des photos et à filmer mon enfant dans le cadre des animations proposées, et autorise à utiliser ces images dans ses supports de communication, site internet et facebook CDC et la presse locale. À sortir de l'enceinte de la structure, ces sorties se font sous la responsabilité de la (le) Directrice (teur) et du personnel ; l'objectif est d'accompagner les enfants lors d'activités extérieures.

Autorise la (le) Directrice (teur) à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux), hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**Nous avons lu le règlement intérieur et nous engageons à le respecter.**

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier, ainsi que les copies des pièces justificatives fournies.

Fait à.....le.....signature(s) des 2 parents si garde alternées

**Charte des temps périscolaires (TAP)**

- 1-Je m'engage à participer aux activités;
  - 2-J'arrive à l'heure à l'activité;
  - 3-Je me comporte correctement pendant l'activité;
  - 4-J'écoute ce que me dit l'encadrant , je le respecte et je lui obéis;
  - 5-Je m'engage à respecter les horaires de fin de l'activité pour récupérer mon enfant.
- Je déclare avoir pris connaissance de la présente charte ainsi que du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date : \_\_\_\_\_  
Nom et signature de ou des (l')enfant(s) : \_\_\_\_\_ Nom et signature du responsable de ou des (l')enfant(s) : \_\_\_\_\_

**Communauté de Communes du Pays Foyen.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription et au règlement des modes de gardes allant de 0 à 17 ans sur la Communauté de Communes du Pays Foyen. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au bureau enfance jeunesse de la Communauté de Communes du Pays Foyen.



Auriolles, Caplong, Eynesse, La Roquille, Landerrouat, Les Lèves-et-Thoumeyragues, Ligeux, Listrac-de-Durèze, Margueron, Massugas, Pellegrue, Pineuilh, Port-Sainte-Foy-et-Ponchapt, Riocaud, Saint-André-et-Appelles, Saint-Avit-de-Soulège, Saint-Avit-Saint Nazaire, Sainte-Foy-la-Grande, Saint-Philippe-du-Seignal et Saint-Quentin-de-Caplong.

**Dossier Inscription TAP\* (GRATUIT) 2017/2018**

\*Temps d'Activités Périscolaires

**Mon enfant fréquente les TAP \* sur l'école de : PELLEGRUE maternelle**

\*Et ne fréquente (ou son frère ou sa soeur) aucune autre structure d'accueil (ALSH, crèches,périscolaires) de la CDC du Pays Foyen.

| Enfant (s) à charge - 17 ans                       | 1er enfant  | 2ème enfant | 3ème enfant  | 4ème enfant |
|--|-------------|-------------|--------------|-------------|
| Nom de famille                                     |             |             |              |             |
| Prénom   |             |             |              |             |
| Classe /Niveau                                     |             |             |              |             |
| Adresse  |             |             |              |             |
| Sexe   | F M         | F M         | F M          | F M         |
| Date et lieu de naissance                          |             |             |              |             |
| Nationalité  |             |             |              |             |
| Y'a-t-il eu un PAI:<br>Observations particulières: |             |             |              |             |
| Médecin traitant :                                 | Nom :       | Téléphone:  | Ville:       |             |
| <b>Responsables légaux</b>                         | <b>Père</b> | <b>Mère</b> | <b>Autre</b> |             |
| Nom  |             |             |              |             |
| Prénom   |             |             |              |             |
| Date et lieu de naissance                          |             |             |              |             |
| Nationalité  |             |             |              |             |
| Adresse  |             |             |              |             |
| Courriel   |             |             |              |             |
| Tél. Domicile et portable                          |             |             |              |             |
| Tél. Bureau  |             |             |              |             |
| Profession (employé, ouvrier, cadre etc...)        |             |             |              |             |
| En Activité / Lieu de travail                      | Oui /Non    | Oui/Non     | Oui/Non      |             |

|                     |  |  |
|---------------------|--|--|
| SITUATION FAMILIALE | <i>Personne seule</i> : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) | <i>Personne en couple</i> : <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale |
|                     | <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)                         | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) mais famille recomposée  |

Nombre d'enfants à charge de moins de 17 ans : \_\_\_\_\_

Garde Alternée  Oui  Non Autorité parentale conjointe  Oui  Non

Régime de sécurité sociale du parent qui couvre l'enfant : Général/ Autre MSA 24 MSA 33 SNCF/RATP

Numéro Sécurité sociale:..... Numéro CAF:.....