



# COMMUNE DE LUCCIANA

Chers parents,

L'état a mis en œuvre des expérimentations relatives à l'organisation des rythmes scolaires dans les écoles maternelles et élémentaires.

Demi-journée libre : Pour l'école de CRUCETTA (Maternelle et primaire) le **JEUDI**  
Ecole de CASAMOZZA le **VENDREDI**  
Ecole de PINETO le **VENDREDI**

**Si votre enfant participe aux « rythmes scolaires » veuillez remplir le dossier d'inscription ci-joint. Votre enfant sera inscrit pour toute l'année scolaire.**

Dans un souci de bon fonctionnement, après 3 absences consécutives sans justificatifs, l'enfant ne sera plus accueilli.

Le Maire  
Joseph Galletti



Dossier d'inscription à déposer au bureau de l'ALSH (école de Crucetta) avant  
**30 juin 2015**

**Passé ce délai, la réponse sera considérée comme négative.**

**Décret PEILLON-HAMON**  
**INSCRIPTIONS « rythmes scolaires » DE LUCCIANA**  
**Temps d'activités périscolaire TAP**

**L'ENFANT**

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance et âge : .....

Ecole : .....Classe : .....

Adresse complète :

**LES PARENTS**

Nom et prénom de la mère : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

.....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....N° de téléphone : .....

Nom et prénom du père : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

.....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

Profession : .....N° de téléphone : .....

Situation familiale : .....

Autre(s) personne(s) pouvant récupérer l'enfant :

Nom

Prénom

Tel

# T A P DE LUCCIANA

## FICHE SANITAIRE

Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

### RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone (domicile, bureau, portables...) : .....

.....

### VACCINATIONS – CERTIFICAT MEDICAL

Joindre **obligatoirement** les vaccinations du carnet de santé  
Et un **certificat médical d'aptitudes aux activités sportives**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?    Oui             non

### ALLERGIES

	Oui	Non
Asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres.....

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

.....  
.....

Tournez la page SVP ►

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

.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

.....  
.....

**Nom et n° de téléphone du médecin traitant :**

.....

Le responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

**Signature des parents ou des responsables légaux de l'enfant :**

## AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées (sauf contre-indication médicale), trajets compris.
  
- J'autorise le directeur de l'ALSH, ou son représentant, à faire pratiquer les interventions médicales nécessaires à l'état de santé de mon enfant.
  
- J'autorise le centre à prendre mon enfant en photo, vidéo, pour une éventuelle diffusion médiatique, sur internet et lors d'une exposition publique.
  
- J'autorise le personnel du centre à accéder à mon dossier CAFPRO.

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »