



**SIEPEA DU PAYS DE  
GLANE**  
8, ROUTE DE VILLENEUVE 87520 VEYRAC  
05.55.78.72.23 / 06.09.91.50.55  
MAIL : ALSH@SIEPEA.FR  
SITE : WWW.SIEPEA.FR



**Année  
scolaire  
2024-2025**

# Dossier d'inscription TAP & ALSH

## Ecole

- Nieul     Peyrilhac     Saint-Gence     Veyrac     Autre : .....

## Enfant(s)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe

## Adulte 1

Nom Prénom	
Adresse	
Mail	
Téléphone portable	
Téléphone travail	

## Adulte 2

Nom Prénom	
Adresse	
Mail	
Téléphone portable	
Téléphone travail	

## Responsable(s) de la garde

- Garde conjointe de deux parents  
 Garde exclusive à : .....  
 Garde alternée

Pensez à fournir la copie du jugement si besoin de préciser les modalités de garde

## CAF

Numéro d'allocataire : .....

## Régime Sécurité Sociale

- Régime général     Autre .....  
 MSA

## Facturation ALSH

Nom, Prénom et adresse du destinataire de la facture :

.....  
 Pour rappel, les TAP sont gratuits. Concernant les frais ALSH, ils vous seront facturés en fin de mois, les modalités de règlement sont à consulter dans le règlement intérieur 2024/2025 ou sur le site Internet

Complétez le verso SVP



## Fiche de sortie

Votre / Vos enfant(s) est-il (sont-ils) autorisé(s) à sortir seul(s) ?  Oui  Non

Liste des personnes autorisées\* (en dehors des responsables légaux) ou interdites à récupérer votre / vos enfant(s) :

Nom et prénom	Numéro de téléphone	Lien de parenté	<u>Interdiction de venir récupérer l'enfant</u>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

\*Toute personne mentionnée comme autorisée dans ce tableau devra présenter une pièce d'identité en récupérant l'enfant. Les personnes non mentionnées devront, en outre, être munies d'une autorisation écrite des parents.

## Déclaration du responsable légal / Autorisations

Je soussign(é)e, .....

- Autorise / N'autorise pas (rayer la mention inutile) la directrice du Pôle Enfance (ALSH/TAP) à faire soigner mon/mes enfant(s) et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin et m'engage à payer les frais médicaux consécutifs
- Autorise / N'autorise pas (rayer la mention inutile) si besoin le personnel du SIEPEA à administrer le traitement médical pour mon/mes enfant(s), ceci à la vue et en possession de l'ordonnance prescrite par un médecin
- Autorise le transport de mon/mes enfant(s) (autocar et minibus) et à le(s) faire participer aux sorties extérieures
- Certifie que mon/mes enfant(s) est/sont à jour de tous les vaccins réglementaires
- Déclare que mon/mes enfant(s) n'a/n'ont pas de problème de santé incompatible avec la vie en collectivité et à la pratique d'activités physiques
- M'engage à régler le prix correspondant à la période d'inscription sachant que les annulations ne sont possibles que la veille avant 9h (le vendredi avant 9h pour le lundi). A défaut, elles seront facturées

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

## Pièces à joindre

- Le présent dossier dûment rempli et signé (un par famille)
- La fiche sanitaire de liaison (une par enfant)
- La copie de **TOUTES** les pages vaccinations du carnet de santé
- L'avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 (tarif maximum appliqué si non fourni)
- Le passeport Jeunes CAF 2024 (si bénéficiaire)

Pour l'ALSH  
uniquement

