

Syndicat Intercommunal Scolaire d'Anthelupt

Dossier d'inscription aux NAP



**Année scolaire
2016 - 2017**

**1^{er} TRIMESTRE
DU 01/09/2016 AU 16/12/2016**

Syndicat Intercommunal Scolaire d'Anthelupt

3 Rue de la Chapelle - 54110 ANTHELUPT

Tél : 03.83.71.62.26 / Fax : 03.83.71.62.78 / Mail : mairie.anthelupt@orange.fr

REGLEMENT INTERIEUR

DES NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES

Condition d'admission :

L'accueil des nouvelles activités périscolaires (NAP) s'adresse aux enfants fréquentant les classes du regroupement scolaire d'Anthelupt. La participation à ces activités n'est pas obligatoire.

Lieu :

Les NAP se déroulent dans les différentes salles communales de chaque village composant le Syndicat.

Horaires et fonctionnement :

Les NAP fonctionnent pour l'année 2016/2017 :

- Mardi de 13h30 à 16h30 à HUDIVILLER et 13h20 à 14h50 à ANTHELUPT.
- Jeudi de 13h30 à 16h30 à VITRIMONT.
- Vendredi de 13h15 à 16h15 à FLAINVAL et 13h20 à 14h50 à ANTHELUPT.

Modalités d'inscription et tarif :

L'inscription de l'enfant engage sa participation effective pour une durée minimale correspondant à un trimestre scolaire. L'inscription au premier trimestre 2016-2017 devra être retournée au SIS (Mairie d'Anthelupt) avant le 29/07/2016.

La participation financière est de 2,00€ par séance de 3 heures. Les séances sont non remboursables en cas de non participation. La facturation se fait à chaque début de trimestre.

A la rentrée, les parents fourniront :

- une assurance extra-scolaire
- une assurance responsabilité civile

Toute absence doit être signalée le matin de l'activité en mairie d'Hudiviller pour les activités de cette commune, en mairie de Vitrimont pour les activités de cette commune et en mairie d'Anthelupt pour les activités de Flainval et d'Anthelupt le vendredi. Pour les activités du mardi à Anthelupt, il conviendra d'aviser la directrice du périscolaire (03 83 74 22 15)

Vie en collectivité :

Les NAP sont un lieu d'apprentissage de la vie en collectivité. Tout manque de respect, tant en actes qu'en paroles, vis à vis des personnes (adultes comme enfants), toute dégradation volontaire du matériel feront l'objet de mesures appropriées, avertissement oral ou écrit, convocation des parents, **exclusion**.

Tous les jeux personnels, consoles de jeu et téléphones portables sont interdits, le SIS décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou casse.

FICHE D'INSCRIPTION AUX NAP 1° TRIMESTRE 2016-2017

ENFANT :

NOM : _____ Prénom(s) : _____ Sexe : M F

Né(e) le : __/__/____ À : _____ Classe : _____ Ecole : _____

RESPONSABLES LEGAUX :

Marié(e)s Divorcé(e)s Autre (à préciser) : _____

Adresse de résidence de l'enfant : _____

CP/ Ville : _____

Mère Nom de jeune fille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM Marital (nom d'usage): _____ Prénom : _____

Téléphone portable : __/__/__/____/____/____ Téléphone fixe du domicile : __/__/__/____/____/____

Adresse: _____

(si différente de celle de l'enfant)

Père Nom : _____ Prénom : _____ Autorité parentale : Oui Non

Téléphone portable : __/__/__/____/____/____ Téléphone fixe du domicile : __/__/__/____/____/____

Adresse: _____

(si différente de celle de l'enfant)

Tierce personne à prévenir en cas d'urgence :

Qualité :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse: _____ Tél : __/__/__/____/____/____

AUTORISATION

Je soussigné(e) Madame NOM : _____ Prénom : _____

Je soussigné Monsieur NOM : _____ Prénom : _____

Autorise les personnes, ci-dessous, habilitées à venir chercher l'enfant en dehors des parents :

NOM : _____ Prénom : _____ Qualité : _____

Adresse: _____ Tél : __/__/__/____/____/____

NOM : _____ Prénom : _____ Qualité : _____

Adresse: _____ Tél : __/__/__/____/____/____

Autorise N'autorise pas

- Le SIS d'Anthelupt à publier les photos de mon enfant prises lors des activités des NAP. Ces photos pourront servir à illustrer un article pour une publication dans le journal « L'Est Républicain » ou le journal de la Communauté de Communes ou des Communes du regroupement.

- Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de l'enfant et ne devront porter atteinte à sa réputation.

➤ **Je certifie les renseignements exacts et je joins les pièces demandées.**

➤ **Je certifie avoir lu le règlement ; j'accepte les modalités de fonctionnement et le règlement tels qu'ils sont présentés sur le règlement intérieur fourni.**

A _____, le __/__/____

Signature(s) des responsables légaux :

Madame

Monsieur

*Feuillet R/V à retourner au SIS
(Mairie d'Anthelupt) pour le
29/07/2016*



FICHE SANITAIRE :

1) Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			Autres (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas de 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 les NAP ? 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 aigu	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 <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Autres : _____
Alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	_____
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	_____

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 **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 : _____

Doit-il les garder le temps libre ? oui non

Nom du médecin Traitant (facultatif) _____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des NAP à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Au cas où l'état de santé de l'enfant le nécessiterait, le personnel encadrant fera appel aux pompiers.