



**FICHE D'INSCRIPTION  
TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES**

**VOTRE ENFANT**

NOM .....

PRÉNOM.....

NÉ(E) LE ..... À .....

ADRESSE.....

.....

N° TÉLÉPHONE.....

**MERCI DE PRECISER LES JOURS OU VOTRE ENFANT SERA PRESENT SUR LES TAP**

ECOLE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
LARRIVIERE	<input type="checkbox"/> 16h45-17h30	<input type="checkbox"/> 16h45-17h30	<input type="checkbox"/> 16h45-17h30	<input type="checkbox"/> 16h45-17h30

**PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

M ou MME ..... N° TÉLÉPHONE.....

M ou MME ..... N° TÉLÉPHONE.....

M ou MME ..... N° TÉLÉPHONE.....

NOM DU MÉDECIN TRAITANT.....

N° DE TÉLÉPHONE.....

## AUTORISATIONS

- Hospitalisation

Je soussigné(e), Madame..... Monsieur.....

Autorise

N'autorise pas

Que l'équipe d'animation, si l'état de santé de mon enfant l'exige, prenne toutes les mesures d'urgence, y compris l'hospitalisation (SAMU).

- Photos

Je soussigné(e), Madame..... Monsieur.....

Autorise

N'autorise pas

Que notre enfant soit pris en photo dans le cadre des temps d'activités périscolaires

Autorise

N'autorise pas

Que les photos soient diffusées dans les différents supports de communication (presse, bulletin communal, intercommunal...)

## RECOMMANDATIONS SANITAIRES

***(Allergies alimentaires, médicamenteuses, contre – indications ou toutes informations permettant une meilleure prise en charge de l'enfant)***

.....  
.....

### PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

→ Photocopie de l'assurance « responsabilité civile » ou assurance extrascolaire pour l'année 2018-2019

→ Photocopie des vaccins pour les nouvelles familles/ Signaler tout changement ou actualisation pour les enfants déjà scolarisés

Le représentant légal déclare avoir pris connaissance et approuvé le règlement sur les temps d'activité périscolaires.

Signature du représentant légal :