

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU PAYS GRENAOIS



Artassenx - Bascons – Bordères et Lamensans - Castandet – Cazères sur l'Adour – Grenade sur l'Adour –
Larrivière Saint-Savin - Le Vignau - Lussagnet - Maurrin - Saint Maurice sur l'Adour

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
ARTASSENX	<input type="checkbox"/> 15h45-16h30	<input type="checkbox"/> 15h45-16h30	<input type="checkbox"/> 15h45-16h30	<input type="checkbox"/> 15h45-16h30
BASCONS	<input type="checkbox"/> 15h40-16h25	<input type="checkbox"/> 15h40-16h25	<input type="checkbox"/> 15h40-16h25	<input type="checkbox"/> 15h40-16h25
BRETAGNE DE MARSAN	<input type="checkbox"/> 15h30-16h15	<input type="checkbox"/> 15h30-16h15	<input type="checkbox"/> 15h30-16h15	<input type="checkbox"/> 15h30-16h15

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 :