

Rentrée scolaire 2016-2017 - Ecole de Faramans

FICHE D'INSCRIPTION TAP

Nom : Prénom :
Date de naissance : Classe :Ecole :

PRESENCE DE L'ENFANT AU TAP : *(rayer la mention inutile)*

*pour l'ensemble de l'année scolaire 2016-2017 : OUI NON

*pour la 1ère période du 01/09/16 au 19/10/16 : OUI NON

(Activités proposées : planning en cours d'élaboration)

(rayer la mention inutile)

| | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Lundi : Oui / Non | Mardi : Oui / Non | Jeudi : Oui / Non | Vendredi : Oui/Non |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

| | |
|---|---|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Père Mère Responsable légal <i>(rayer les mentions inutiles)</i> | Père Mère responsable légal <i>(rayer les mentions inutiles)</i> |
| Tél. Portable : | Tél. Portable : |
| Tél. Fixe : | Tél. Fixe : |
| E-mail : | E-mail : |

APRES LES TAP : *(rayer les mentions inutiles)*

* mon enfant prendra le car :

| | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Lundi : Oui / Non | Mardi : Oui / Non | Jeudi : Oui / Non | Vendredi : Oui/Non |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|

* mon enfant restera à la garderie de Faramans :

| | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Lundi : Oui / Non | Mardi : Oui / Non | Jeudi : Oui / Non | Vendredi : Oui/Non |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|

* sera récupéré à l'école de Faramans :

| | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Lundi : Oui / Non | Mardi : Oui / Non | Jeudi : Oui / Non | Vendredi: Oui/Non |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|

* si oui nom de la personne habilitée à récupérer l'enfant (hors parents) :

.....

tél. portable : tél. fixe :

* J'autorise / je n'autorise pas mon enfant à quitter l'école seul.

.../...

APPEL A BENEVOLES : Seriez-vous intéressés pour effectuer quelques heures de bénévolat, même ponctuellement ?

Si oui, merci de nous indiquer vos disponibilités et vos coordonnées pour un contact ultérieur :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies, traitements en cours, contre-indications, autres...)

.....
.....
.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| | |
| Tél. fixes et/ou portables : | Tél. fixes et/ou portables : |
| | |

Nom et coordonnées du médecin traitant :

AUTORISATION DE DROIT A IMAGES :

(*razer la mention inutile*) j'autorise je n'autorise pas
les prises de photos / vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins
représentatives des activités des TAP.

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

Je m'engage à ce que mon enfant soit présent tout au long de cette période.

A, le
signature(s)

Remarques éventuelles :