

Pôle Territorial des Rives de la Suippe
Rentrée scolaire 2017/2018

Fiche d'inscription au T.A.P /Pontfaverger et St-Masmes

Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Ecole : ----- Classe : -----

Présence de l'enfant au TAP

- Sur l'ensemble de l'année 2017/2018
- 1^{ère} période du 07/09 au 21/12/2017
- 2^{ème} période du 11/01 au 29/03/2018
- 3^{ème} période du 05/04 au 05/07/2018

Responsable de l'enfant :

Cochez le(s) nom(s) et adresse(s) de facturation

Nom : ----- Nom : -----

Prénom : ----- Prénom : -----

Adresse : ----- Adresse : -----

- Père Père
- Mère Mère
- Responsable légal Responsable légal
- Autre : Autre :

Tél Domicile : ----- Tél Domicile : -----

Tél Portable : ----- Tél Portable : -----

Tél Travail : ----- Tél Travail : -----

Mail : -----

Personnes autorisées à reprendre l'enfant à 16h30 :

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M ----- autorise mon enfant à repartir :

- Seul,
- Avec moi (nous) son (ses) responsable(s) légal (-aux) : Père / Mère
- Avec Mm Mlle, M. : -----

Pour les autres:

Cocher la case utile

Transport (car) (16h45/17h00)	Garderie (16h30/18h30)	Etude (16h30/17h30)

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Tél Domicile : -----

Tél Portable : -----

Nom : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Tél Domicile : -----

Tél Portable : -----

Autorisation de droit à l'image :

Je donne l'autorisation à la directrice Madame Broutin et à son équipe d'animateurs de photographe, filmer mon enfant et de diffuser sous toutes formes dans le cadre des TAP.

OUI

NON

Autorisation d'hospitalisation d'urgence :

En cas d'accident et d'urgence, j'autorise le transport de mon enfant précédemment cité en centre hospitalier.

OUI

NON

Documents à fournir :

- Fiche sanitaire
- Autorisation d'hospitalisation
- Photocopie de l'attestation d'assurance
- Coupon du règlement intérieur signé
- Certificat médical à la pratique du sport