

Fiche d'inscription TAP

Ecole Wantiez Cycle 2 (CP/CE1/CE1-CE2)



Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu :

Adresse :

Classe à la rentrée scolaire 2017-2018

Votre enfant : participera* / Ne participera pas* aux Temps d'Activités Périscolaires

→ Le mardi de 13h30 à 16h00

Sur l'ensemble de l'année

Pour la période du 4 Septembre au 20 Octobre

Pour la période du 6 Novembre au 22 Décembre

Pour la période du 8 Janvier au 23 Février

Pour la période du 12 Mars au 20 Avril

Pour la période du 7 Mai au 6 Juillet

Représentant légal de l'enfant

Père ou responsable légal (*barrer la mention inutile*)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Famille (préciser) :

(En cas d'urgence)

Mère ou responsable légale (*barrer la mention inutile*)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Famille (préciser) :

(En cas d'urgence)

Santé de l'enfant

Vaccins (joindre une photocopie pour que l'inscription soit validée)

Antitétanique : oui non

Diptérie : oui non

Poliomyélite : oui non

N° de téléphone :

Médecin traitant :

**barrer la mention inutile*

Votre enfant rencontre t-il des problèmes de santé particuliers ? (si oui préciser)

→ Antécédents médicaux, chirurgicaux :.....

→ Allergie aux aliments, médicaments... :.....

→ Autres :.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?

oui Préciser :..... non

Autorisations

Droit à l'image

J'autorise / je n'autorise pas * les prises de photos et vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités des TAP.

Personnes autorisées à reprendre votre enfant

Nom	Prénom	lien avec la famille
-----	--------	----------------------

Les enfants ne repartiront pas seul, sauf autorisation écrite du représentant légal

J'autorise les responsables des Accueils de Loisirs à prendre toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

A _____, le _____

Signature du représentant légal

Le dossier doit être rendu complet, à l'enseignant ou en Mairie, avant le 11 août 2017 pour que votre enfant soit inscrit aux TAP à la rentrée.

Pour tous renseignements, contacter Monsieur STRAVIUS au 03.21.13.44.20

