



RENTREE SCOLAIRE 2016-2017

Fiche d'inscription

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Présence de l'enfant au TAP (cocher la case correspondante)

OUI

NON

Responsable de l'enfant N° Allocataire CAF :(obligatoire)

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Père Mère Responsable légal

Père Mère Responsable légal

Tel fixe :

Tel port :

Tel pro :

Mail :

Tel fixe :

Tel port :

Tel pro :

Mail :

RENTREE SCOLAIRE 2016-2017

Fiche d'inscription

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Présence de l'enfant au TAP (cocher la correspondante)

OUI

NON

Responsable de l'enfant N° Allocataire CAF :(obligatoire)

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Père Mère Responsable légal

Père Mère Responsable légal

Tel fixe :

Tel port :

Tel pro :

Mail :

Tel fixe :

Tel port :

Tel pro :

Mail :

Autorisation de sortie

- J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS
mon enfant à quitter la structure d'accueil seul.

Renseignements sanitaires

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

.....
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tel :

.....

.....



Autorisation de droit à l'image

- J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

Les prises de photo/vidéo et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités des TAP.

Pour rester informé

Souhaitez-vous recevoir des informations concernant les TAP

- Par courriel (@) par document papier

Document à fournir

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation,
interventions ...) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

A.....,le/...../....., Signature

A retourner impérativement avant le 09/09/2016

Autorisation de sortie

- J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS
mon enfant à quitter la structure d'accueil seul.

Renseignements sanitaires

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

.....
.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tel :

.....

.....



Autorisation de droit à l'image

- J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

Les prises de photo/vidéo et leur diffusion sous toutes formes à des fins représentatives des activités des TAP.

Pour rester informé

Souhaitez-vous recevoir des informations concernant les TAP

- Par courriel (@) par document papier

Document à fournir

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation,
interventions ...) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

A.....,le/...../....., Signature

A retourner impérativement avant le 09/09/2016