

Dossier d'inscription
Temps d'Activités Périscolaires TAP
Année 2015/2016

Ecole RPI SANDOUILLE-LOUDALLE

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :

Fille Garçon Date de naissance :

Classe :

Maternelles : PS-MS MS-GS

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez) :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez) :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP et Commune :	CP et Commune :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Nom Prénom.....

Responsable légal de l'enfant

- à participer aux activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités périscolaires
- à participer aux activités impliquant des déplacements à pied
- à être photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.

Mention « lu et approuvé »

Date

Signature des parents :

MON ENFANT EST A L'ECOLE

J'autorise les personnes majeures désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la fin des Temps d'Activités Périscolaires (16h30) en cas d'empêchement de ma part, sur le site de l'école qu'il fréquente :

Nom/Prénom :	Tél :
Lien de parenté :	
Nom/Prénom :	Tél :
Lien de parenté :	
Nom/Prénom :	Tél :
Lien de parenté :	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom :

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

ALLERGIES :

Asthme Oui Non Allergies alimentaire Oui Non

Allergies médicamenteuses Oui Non Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) et joindre un certificat médical :

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé et accidents qu'a connus votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e) Nom..... Prénom.....
Responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la commune de Sandouville à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

