

SERVICE ENFANCE JEUNESSE MUNICIPAL D'ELLIANT

2017/2018

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES(TAP) & ACCUEIL PERISCOLAIRE

Nom de famille :.....

Prénom 1^{er} enfant :..... Age :..... Classe :.....

Prénom 2^{ème} enfant :..... Age :..... Classe :.....

Prénom 3^{ème} enfant :..... Age :..... Classe :.....

Mail :

Noms et prénoms des parents ou responsable légal	Adresse	N° de téléphone domicile/portable	N° de téléphone travail

Noms, prénoms, adresses et téléphones des personnes autres que les parents, autorisées à reprendre l(es)'enfant(s) ou à prévenir en cas d'urgence :

Noms et prénoms	Lien avec l'enfant	Adresse	N° de téléphone domicile/portable

Remarques que vous souhaitez indiquer concernant votre (vos) enfant (s) (santé, allergie...):

.....
.....

Médecin traitant et numéro de téléphone :.....

Votre enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile et par une assurance individuelle accident.

Je soussigné(e) père, mère, tuteur :

-autorise les responsables de l'accueil à faire soigner et/ou hospitaliser mon (mes) enfant(s) en cas d'urgence

-m'engage à rembourser à l'accueil les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés

-autorise le service jeunesse à diffuser la photo de mon enfant dans les supports de communication (blog, site interne de la ville, affiches, dépliants...) Oui - Non

-atteste que les vaccinations sont à jour à la date d'inscription

-autorise mon (mes) enfant(s) à quitter seul l'accueil périscolaire ou les TAP Oui - Non

-demande à ce que mon (mes) enfant(s) fasse(nt) ses devoirs le soir Oui - Non

A Elliant, le

SIGNATURE