

NOM DE L'ELEVE :

CLASSE FREQUENTEE à la rentrée de SEPTEMBRE :

Mairie de PAZAYAC



24120

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'INSCRIPTION  
Temps d'activités périscolaires (T.A.P.)  
2016/2017

**\*TAP** : Temps d'activités périscolaires : ce temps est un temps d'activité gratuit et n'est pas obligatoire.

Par conséquent, à 15 Heures, l'enfant peut rentrer à la maison et dans ce cas le dossier n'est pas à remplir.

Cependant, si votre enfant fréquente l'accueil périscolaire le soir, vous devez obligatoirement l'inscrire en TAP et remplir la fiche d'inscription

**Activités Périscolaires Proposées les :**

Mardi de 15h00 à 16h30

Et/ou

Vendredi de 15h00 à 16h30

**ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

**PERE**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 Domicile \_\_\_\_\_

 Portable \_\_\_\_\_

**MERE**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


 Domicile \_\_\_\_\_

 Portable \_\_\_\_\_

 Travail \_\_\_\_\_

 Travail \_\_\_\_\_

 En cas d'urgence \_\_\_\_\_

 En cas d'urgence \_\_\_\_\_

**Situation de Famille** : célibataire – divorcé(e) – marié(e) – séparé(e) – veuf(ve) – vie maritale

**Mode de Garde de l'Enfant** : parents – père – mère – grands-parents – tuteur

**Personnes habilitées à récupérer l'Enfant en dehors des parents (nom + n° téléphone) :**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

(Tout changement de N° de téléphone ou de personne autorisée à récupérer l'enfant doit être communiquée sans délai à la Mairie)

## **INFORMATIONS MEDICALES**

**Nom du Médecin traitant de l'Enfant** : \_\_\_\_\_



**Observations particulières** (traitement médical, allergies, appareil dentaire, lunettes...)

---

---

## **AUTORISATION PARENTALE**

### **J'autorise**

- |                                                                                                                                                                          |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| - Les interventions médicales sur mon enfant en cas d'urgence                                                                                                            | OUI | NON |
| - La prise de photos et la captation d'image de mon enfant, ainsi que la publication et la diffusion gratuites des photos dans des journaux locaux et site de la commune | OUI | NON |
| - Mon enfant à se déplacer en dehors de l'école (à pied ou transporté en bus)                                                                                            | OUI | NON |

### **Je certifie sur l'honneur**

Que mon enfant est bien couvert par une assurance responsabilité civile (pour les activités extra-scolaires)

Que mon enfant est en capacité d'exercer toute activité physique et sportive qui pourrait être proposée dans le cadre des TAP

**- Vous devez impérativement fournir un certificat médical pour la pratique sportive**

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le ou les intervenant(s) sur les TAP à contacter l'une des personnes ci-dessus citées en cas de besoin.**

Fait à Pazayac, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Signature des parents ou du responsable légal,

**DOSSIER A REMETTRE D'UNEMENT COMPLETE ET SIGNE EN MAIRIE**

**IMPERATIVEMENT AVANT LE 17 juin 2016**

**\*\* L'inscription se fait pour l'année scolaire –**

**Sauf dérogation exceptionnelle sur demande écrite des parents**