**Fiche à retourner à l’école avant le 03/07/2015 impérativement**

**Rentrée scolaire 2015-2016 – Ecoles de Faramans & Joyeux**

**FICHE D'INSCRIPTION TAP**

Nom :.................................................................. Prénom : …........................................................

Date de naissance :................................ Classe : …..................Ecole :....................................

PRESENCE DE L'ENFANT AU TAP : *(rayer la mention inutile)*

 \*pour l'ensemble de l'année scolaire 2015-2016 : OUI NON

 \*pour la 1ère période du 01/09/15 au 16/10/15  : OUI NON

 (Activités proposées : recherches en cours avec associations compétentes…)

*(rayer la mention inutile)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Lundi : Oui / Non |  Mardi : Oui / Non |  Jeudi : Oui / Non |  Vendredi : Oui/Non |

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

|  |  |
| --- | --- |
|  Nom :.................................................................. Prénom : …......................................................... Père Mère Responsable légal  *(rayer les mentions inutiles)* Tél. Portable : …......................................... Tél. Fixe : …................................................. |  Nom : …........................................................... Prénom : …...................................................... Père Mère responsable légal *(rayer les mentions inutiles)* Tél. Portable : …............................................. Tél. Fixe : …..................................................... |

APRES LES TAP : *(rayer les mentions inutiles)*

\* mon enfant prendra le car :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Lundi : Oui / Non |  Mardi : Oui / Non |  Jeudi : Oui / Non |  Vendredi :Oui/Non |

\* pour les enfants scolarisés à Faramans, mon enfant restera à la garderie :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Lundi : Oui / Non |  Mardi : Oui / Non |  Jeudi : Oui / Non |  Vendredi : Oui/Non |

\* sera récupéré à l'école :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Lundi : Oui / Non |  Mardi : Oui / Non |  Jeudi : Oui / Non |  Vendredi: Oui/Non |

\* si oui nom de la personne habilitée à récupérer l’enfant (hors parents) :

 …………………………………………………………………………………………………

 tél. portable :........................................... tél .fixe :...................................

\* J'autorise / je n'autorise pas mon enfant à quitter l'école seul.

 …/…

**APPEL A BENEVOLES** : Seriez-vous intéressés pour effectuer quelques heures de bénévolat, même ponctuellement ?

Si oui, merci de nous indiquer vos disponibilités et vos coordonnées pour un contact ultérieur :

 …........................................................................................................................................................................................

 ….........................................................................................................................................................................................

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

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

................................................................................................................................................................

 …............................................................................................................................................................

 …......................................................................................................................................... ...................

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

|  |  |
| --- | --- |
|  Nom : …......................................................... Prénom : …................................................... Adresse : ….................................................... …....................................................................... Tél. fixes et/ou portables : …................... …..................................................................... |  Nom : …......................................................... Prénom : …................................................... Adresse : ….................................................... …....................................................................... Tél. fixes et/ou portables : …................... …..................................................................... |

Nom et coordonnées du médecin traitant : ….......................................................................

 ........................................................................................................................................................

AUTORISATION DE DROIT A IMAGES :

*(rayer la mention inutile)* j'autorise je n'autorise pas

les prises de photos / vidéos et leur diffusion sous toutes formes à des fins

représentatives des activités des TAP.

Je soussigné, ….........................................................................................responsable légal de

l'enfant …............................................................., déclare exacts les renseignements

portés sur cette fiche et autorise les intervenants à prendre, le cas échéant, toutes

mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à ce que mon enfant soit présent tout au long de cette période.

 A ….............................................., le ….................................................

 signature(s)

 Remarques éventuelles : …........................................................................................................

 …..........................................................................................................................................................

 …...........................................................................................................................................................

 …...........................................................................................................................................................