

## Fiche d'Inscription

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

**Présence de l'enfant au TAP sur l'ensemble de l'année scolaire** (cocher la ou les cases correspondantes)\*

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

\* Cette inscription vaut engagement de l'enfant pour toute l'année scolaire, l'organisation de ces temps ne pouvant autoriser une inscription à la carte.



*les enfants non-inscrits au T.A.P devront obligatoirement être récupérés à 15h30 précises.*

**Organisation du mercredi** - après la fin des cours

Transport de l'enfant vers l'ALSH de Corseul  
(sous réserve de modification) avec repas compris.

prise en charge de l'enfant  
par vos soins ou un tiers

## Responsables de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Responsable légal

Père  Mère  Responsable légal

Personnel

Personnel

① \_\_\_\_\_

① \_\_\_\_\_

Port. \_\_\_\_\_

Port. \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

Professionnel

Professionnel

① \_\_\_\_\_

① \_\_\_\_\_

Port. \_\_\_\_\_

Port. \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

## Sorties

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Renseignements sanitaires et médicaux

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ?

(allergies, traitements en cours, contre-indications,...)

-----  
-----  
-----

N° sécurité sociale ou N° MSA : \_\_\_\_\_

### Médecin traitant

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

Tél : \_\_\_\_\_

## Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

-----

-----

① \_\_\_\_\_

① \_\_\_\_\_

Port. \_\_\_\_\_

Port. \_\_\_\_\_

## Autorisation de droit à l'image

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.

## Document à fournir

⇒ **Photocopie de l'attestation de responsabilité civile**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise

l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,

hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signatures :