

Fiche de renseignements administratifs et autorisations parentales

Temps d'Activités Périscolaires 2016/2017

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Classe :

Nom du responsable : **Prénom** :

Qualité : Père Mère Famille d'accueil Tuteur (trice)

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

Tél professionnel :

Adresse e-mail :

Nom du responsable : **Prénom** :

Qualité : Père Mère Famille d'accueil Tuteur (trice)

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

Tél professionnel :

Adresse e-mail :

Personne à contacter en cas de problème si les parents sont absents. Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement.

Attention : signaler tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile)

M..... Tél : Lien de parenté :

M..... Tél : Lien de parenté :

M..... Tél : Lien de parenté :

M..... Tél : Lien de parenté :

Je soussigné(e), Nom Prénom.....

Responsable légal de (nom et prénom de l'enfant).....

autorise mon enfant (Cocher les cases qui vous conviennent) :

à participer aux activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires.

à participer aux activités nécessitant des déplacements qu'ils soient à pied, à vélo, en mini bus, en car ou en transports communs.

à être photographié ou filmé dans le cadre des Temps d'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.

à rentrer par ses propres moyens, dès la fin des Temps d'Activités Périscolaires. Je déclare décharger la Mairie de Saint-André-Les-Alpes de toutes responsabilités au-delà des heures indiquées ci-dessus.

à partir accompagné dès la fin des TAP de :

M..... Tél : Lien de parenté :

M..... Tél : Lien de parenté :

M..... Tél : Lien de parenté :

M..... Tél : Lien de parenté :

Si votre enfant est scolarisé en maternelle, il est impératif que quelqu'un vienne le chercher à la fin des TAP.

À partir en bus – Destination d'arrivée :

N° allocataire CAF / MSA :

Assurance scolaire ou responsabilité civile du responsable (joindre photocopie):

Numéro de contrat :

Nom et adresse de la compagnie :

Numéro de téléphone de la compagnie :

Fiche de renseignements médicaux:

Nom et prénom de l'enfant : _____

Poids : Taille : Groupe sanguin :

Vaccinations :

	Vaccins	Date	Vaccins	Date
(Obligatoire)	DTP	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /	Rappel	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /
(Recommandé)	BCG	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /	Rappel	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /
	Autres	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /	Rappel	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /
	Autres	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /	Rappel	/ _ / / _ / / _ _ _ _ /

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical? Oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance:

L'enfant a-t-il des allergies ? Oui non

Si oui, lesquelles. Précisez la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il des antécédents médicaux ? Oui non

Si oui, lesquels: _____

L'enfant est-t-il apte à faire du sport ? Oui non

L'enfant sait-il nager ? Oui non

Je soussigné (e) Madame / Monsieur *..... Père Mère Tuteur

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du TAP à prendre, le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. Je m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Le..... A

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :