

INSCRIPTION
TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES (T.A.P)
5^{ème} période : 24 Avril au 7 Juillet 2017
Dossier à déposer en mairie
Impérativement pour le Vendredi 7 Avril 2017

NOM Prénom : CLASSE : Age :

Nom du responsable légal :

☎ : Fixe : Portable :

RAPPEL

- Les TAP se déroulent le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 16 h à 16 h 45.
- **Il ne sera pas possible de récupérer son enfant avant l'ouverture des portes en fin de TAP.**
- En cas de retard des parents à la fin des TAP, les enfants sont pris en charge au titre de l'APS payant.
- **Pour toute absence (exceptionnelle) il faut prévenir le secrétariat de mairie.**

J'inscris mon enfant (désigné ci-dessus) à la totalité de la plage horaire (16 h à 16 h 45) et pour toute la période soit :

TOUS LES JOURS **OU** QUELQUES JOURS FIXES : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

JUSQU'À LA FIN DE L'ANNÉE SCOLAIRE

OU

TOUS LES JOURS **OU** QUELQUES JOURS FIXES : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

POUR CETTE 5^{ème} PERIODE : (du 24 Avril au 7 Juillet 2017)

Mettre une croix dans la ou les cases choisies

SORTIE DES TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES (T.A.P)

A ne compléter que pour une première inscription ou en cas de modification

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant :

Nom : Prénom : Téléphone :

Nom : Prénom : Téléphone:.....

J'autorise mon enfant, âgé de plus de 6 ans à partir seul à la fin des TAP : oui non

(Les enfants de moins de 6 ans ne sont pas autorisés à partir seuls)

AUTORISATION PARENTALE en cas d'urgence

Je soussigné(e),..... père – mère – tuteur de l'enfant(1), Autorise le personnel à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires (traitement médicaux hospitalisation intervention chirurgicale) pour l'état de santé de l'enfant pendant les ¾ d'heures des TAP.

Fait à La Chevalleris le
Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »