

Enfant :	Né le	/	/	Sexe :
	à _____ (_____)			

Etablissement rentrée 2017-2018 : _____ Classe : _____ - Niveau scolaire : _____

<input type="checkbox"/> Restauration	<input type="checkbox"/> Accueil périscolaire	<input type="checkbox"/> TAPS	<input type="checkbox"/> Accueil de Loisirs	<input type="checkbox"/> Transport
---------------------------------------	---	-------------------------------	---	------------------------------------

Parents	Noms et prénoms :
----------------	-------------------

Adresse :	Tel domicile :
E-Mail : _____ @ _____	Mobile 1 :
	Mobile 2 :

<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	N° Allocataire :
---	------------------

***** Autorisations de partir seul *****	Préciser pour quelles activités et sous quelles conditions
---	--

--

*** Personnes habilitées à prendre l'enfant ***
--

Nom-Prénom	Lien parenté	Adresse	Téléphones

*** Personnes à prévenir en cas d'urgence ***
--

Nom-Prénom	Lien parenté	Adresse	Téléphones

Allergies alimentaires	Médecin traitant	téléphone

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités organisées par les structures rattachées.

DATE : ____/____/____ SIGNATURE :

Inscription aux TAP élémentaires :

Merci de préciser les jours de fréquentation :

lundi mardi jeudi vendredi

Surveillance de cour le mercredi midi :

Votre enfant utilisera t-il la surveillance de cour du mercredi, de 11h45 à 12h30 ?

oui non

TOUTE FREQUENTATION D'UN SERVICE DE LA MAISON DE L'ENFANCE SANS INSCRIPTION PREALABLE DONNERA LIEU A L'APPLICATION DU TARIF DE PENALITE.

AUTORISATION PARENTALE

Enfant :

né le

Je soussigné(e)

demeurant :

.....

Veillez rayer les autorisations que vous ne souhaitez pas donner.

- Autorise le personnel de la structure, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.
- Autorise l'hospitalisation de mon enfant.
- Autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires (Anesthésie, chirurgie, ...).
- Autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de la structure.
- Autorise la publication des images de mon enfant (photos ou films) sur les sites internet, les bulletins d'informations, les calendriers de la structure et de la collectivité laquelle elle est rattachée. Sur internet, il ne sera mentionné aucun renseignement permettant d'identifier l'enfant.
- Autorise mon enfant à sortir de la structure en présence du personnel pour participer à des activités d'éveil et de découvertes.
- Autorise le transport de mon enfant dans le cadre des activités liées au fonctionnement de la structure.
- Autorise la collectivité à consulter, le cas échéant, mon dossier d'allocataire directement auprès de la CAF afin de prendre en compte les dernières déclarations de revenus pour le calcul des tarifs.
- Autorise la structure et la collectivité à laquelle elle est rattachée à utiliser mes coordonnées pour me contacter en cas de besoins et pour me solliciter occasionnellement dans le cadre d'études ou d'enquêtes. Celles-ci sont effectuées de manière strictement anonyme et seuls leurs résultats peuvent être communiqués.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site de la ville et je m'engage à le respecter.

Fait à

Le

Signature du ou des parent(s)