

COMMUNE DE CHESSY LES MINES
BULLETIN D'INSCRIPTION Temps d'Activités Périscolaires (TAP)
ANNEE SCOLAIRE 2017-2018

L'ENFANT

Nom :Prénom :
Sexe : Date de naissance : Age :Classe :

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| <u>Père</u> | <u>Mère</u> |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| Tel Domicile : | Tel domicile : |
| Tel professionnel : | Tel professionnel : |
| Tel mobile : | Tel mobile : |
| Mail : | Mail : |

Responsable légal de l'enfant (si différent père ou mère)

Nom :Prénom :
Adresse :
Tel Domicile : Tel professionnel :Tel mobile :
Mail :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations : l'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? Oui/Non

Allergies : Oui/Non

Si oui, précisez :

Contre-indication à la pratique d'une activité : Oui/Non

Si oui, précisez :

L'enfant suit-il un **traitement** ? Oui/Non

Lequel :

Aucun traitement ne sera administré à l'enfant sans une ordonnance médicale.

Avez-vous établi un Projet d'Accueil Individualisé ? Oui/Non

Autorisation d'urgence : J'autorise le Maire ou le coordonnateur des Temps d'Activités Périscolaires, en cas d'urgence, à prendre toutes mesures nécessaires (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et m'engage à rembourser les frais occasionnés.

Médecin traitant : nom adresse et numéro de téléphone :

.....

Recommandations des parents :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Assurance responsabilité civile

N° police et adresse de la compagnie :

Droits à l'image

J'autorise la collectivité à prendre en photo mon enfant, dans le cadre des activités périscolaires (TAP) et, à diffuser les images sur des supports de communication municipale (bulletin municipal, exposition, etc)

Oui/Non

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions aux temps d'activités périscolaires. Le destinataire des données est l'association CAP GENERATIONS.

Conformément à la loi « *informatique et libertés* » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'association CAP GENERATIONS.

Prise en charge de l'enfant :

Autorise ces personnes : Nom, téléphone et lien avec l'enfant :

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

- A récupérer mon enfant auprès du coordinateur des TAP

Ou

- J'autorise mon enfant à rentrer seul après 16h30 (uniquement à partir du CP).

PRESENCE SUR LES ATELIERS

Merci de cocher la case correspondante :

- Mon enfant ne participera pas aux ateliers

- Mon enfant participera aux ateliers **(cocher les jours de présence de l'enfant sur les TAP)**

- Lundi 15h00-16h30**

- Jeudi 15h00-16h30**

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, atteste de l'exactitude des informations transmises, autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la municipalité de Châtillon d'Azergues dans le cadre des TAP, autorise mon enfant à sortir de l'enceinte scolaire durant la période de TAP pour participer à des activités extérieures accompagnées (ex. gymnase, terrain multisports, médiathèque) et avoir pris connaissance du règlement intérieur des temps d'activités périscolaires et l'accepter.

Fait àle

Signature(s) :

Bulletin d'inscription à retourner
impérativement le 05/07/2017,
à la Mairie aux horaires d'ouverture.