

ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance : Classe :

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant fait il l'objet d'un Projet d'accueil individualisé : OUI NON

Problème de santé ou allergie à signaler :

.....
.....

PARENT :

	MERE	PERE
Nom		
Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Autre téléphone		
@ mail		

Je soussigné(e) ,

père, mère, tuteur :

- Inscrit mon enfant : le lundi Le vendredi *
- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement des T.A.P et du règlement intérieur.
- M'engage à payer l'adhésion indiquée dans le règlement intérieur.
- M engage à fournir un certificat médical avant le 30 Septembre.
- Autorise les animateurs à prendre toute mesure d'urgence en cas de maladie ou accident.
- Autorise mon enfant de plus de 6 ans à quitter l'école seul à 16h30. *
- Ci joint mon règlement de euros.

* (Merci de cocher ou non les cases correspondant à vos choix)

Fait à le

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

