



## Fiche d'inscription aux Temps d'Activités Périscolaires 2016/2017

### L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe : M \_ F \_

Date de naissance : ..... Classe : .....

Ecole : Maternelle  Elémentaire

### PRESENCE AUX TAP

Mon enfant participera aux TAP :

**Toute l'année**  68 € (à payer en une seule fois ou par acomptes avant l'échéance de chaque cycle)

**Le cycle 1**  (de septembre aux vacances de la Toussaint)  
12 € à payer avant le 06/09/2016

**Le cycle 2**  (de la Toussaint aux vacances de Noël)  
12 € à payer avant le 18/10/2016

**Le cycle 3**  (de Noël aux vacances d'hiver)  
14 € à payer avant le 13/12/2016

**Le cycle 4**  (des vacances d'hiver aux vacances de Pâques)  
12 € à payer avant le 14/02/2017

**Le cycle 5**  (des vacances de Pâques aux vacances d'été)  
18 € à payer avant le 11/04/2017

-----  
**Cette fiche d'inscription est à remettre au secrétariat du SIVU DES ECOLES avant la date d'échéance de chaque cycle** (dans la boîte aux lettres de la mairie de Saint-Ondras *au pied du poteau électrique*, ou par courrier ou auprès de Laurence Bardey-Blanc à Valencogne)

### **En cas de non-inscription aux TAP**

**Les élèves qui ne participeront pas aux TAP sortiront de l'école** : au plus tard à 13h15 pour l'école maternelle / 13h30 pour l'école élémentaire (pour ceux déjeunant à la cantine).

Mon enfant ne participera pas aux activités TAP :

Date.....

Signature des parents

## Renseignements sur l'enfant

### Traitements médicaux (P.A.I.) et informations médicales utiles

.....

### Autorisation d'hospitalisation

Nous soussignés, Monsieur et Madame.....  
autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgences (pompiers, SAMU) pour que puissent être pratiqués toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant (les parents seront contactés automatiquement dans les meilleurs délais).

### Signature des parents

### Droit à l'image

Nous soussignés, Monsieur et Madame.....  
 autorisons l'utilisation des photographies ou clichés de mon enfant sur des supports de communication (bulletin municipal, documents internes au SIVU)  
 n'autorisons pas à utiliser les photographies ou clichés de mon enfant

### Signature des parents

### Assurance

Responsabilité civile du responsable légal pour les accidents dont le ou les enfant(s) pourrai(en)t être le ou les auteur(s) :

- Compagnie d'assurance : .....

- N° du contrat : .....

## Autorisation de déplacement en autonomie

L'enfant prend le car scolaire :                    OUI                     NON

L'enfant est autorisé à rentrer seul :            OUI                     NON

### Si NON personnes adultes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom-Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

## Responsable(s) de l'enfant

Nom : .....Prénom : .....

Adresse postale : .....

Adresse Courriel : .....

Numéro de téléphone (auquel vous êtes joignable aux heures des TAP):.....

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur des Temps d'accueil périscolaires et certifie l'exactitude des informations renseignées sur ce document. Je m'engage à signaler tout changement de situation.