Nom de l'enfant.....

Prénom de l'enfant.....Classe.....

Date de naissance.....

Assurance.....N° de contrat.....

Médecin traitant.....N° tel.....

Dossier d'inscription

TAP

Année 2014/2015

Nom du responsable légal (père ou mère).....

Prénom..... Situation familiale.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

N° dom.....Prof.....Portable.....

Email.....

N° Sécurité sociale..... Numéro Allocataire CAF/ MSA.....

Profession..... Employeur.....

Nom de l'autre parent.....

Prénom..... Situation familiale.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

N° dom.....Prof.....Portable.....

Email.....

Profession..... Employeur.....

En cas d'urgence, nous appelons les parents

-

-

Autres personnes à prévenir en cas d'indisponibilité (Nom et N° téléphone)

-

-

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

⇒ Pour toute intervention chirurgicale, en cas de nécessité absolue et si besoin sous anesthésie.

⇒ Pour la diffusion de photos dans le cadre de la promotion des activités.

⇒ Pour la participation de mon enfant à toutes les activités, sous la responsabilité du personnel d'encadrement.

⇒ Pour que mon enfant quitte l'accueil accompagné des personnes nommées ci-dessous (autres que les parents):

NOM ..... PRENOM.....

NOM ..... PRENOM.....

NOM ..... PRENOM.....

NOM ..... PRENOM.....

L'inscription aux Temps d'Activité Péri-éducative implique l'acceptation de ses règles de fonctionnement (détaillées au dos)

Fait à ....., le ..... Signature