

DÉPARTEMENT DU RHÔNE
COMMUNE DE LANTIGNIÉ

Dossier d'Inscription aux T.A.P.
Année scolaire 2018/2019

Enfant
Nom : Prénom : Date et lieu de naissance : Classe fréquentée à la rentrée 2018 :
Responsable légal 1
Père / Mère / Autre : (précisez) <i>Entourez la mention choisie</i> Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Adresse : CP : Commune : Tél. domicile : Tél. portable : N° de sécurité sociale : Adresse courriel : Tél. travail :
Responsable légal 2
Père / Mère / Autre : (précisez) <i>Entourez la mention choisie</i> Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Adresse : CP : Commune : Tél. domicile : Tél. portable : N° de sécurité sociale : Adresse courriel : Tél. travail :

Autorisation parentale

Je soussigné(e) _____ (Nom-Prénom),
responsable légal de l'enfant _____ (Nom-Prénom),

autorise mon enfant :

- à participer aux activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires.
- à participer aux activités nécessitant des déplacements à pied
- à être photographié ou filmé dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Je m'engage à ce que mon enfant participe **de manière assidue** aux activités auxquelles il est inscrit.

Je déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et garantie individuelle (**merci de ne pas oublier la photocopie de l'attestation d'assurance au plus tard le jour de la rentrée.**)

MON ENFANT PEUT QUITTER L'ÉCOLE AVEC D'AUTRES PERSONNES :

J'autorise les personnes majeures désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la fin des Temps d'Activités Périscolaires en cas d'empêchement de ma part :

Nom/Prénom :	Tél. :
Nom/Prénom :	Tél. :
Nom/Prénom :	Tél. :

MON ENFANT A AU MOINS 7 ANS :

J'autorise mon enfant à rentrer seul chez lui : Oui / Non (entourez la mention choisie)

Mention « Lu et approuvé »

Date :

Signature

Fiche sanitaire de liaison

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?

OUI / NON (entourez la mention choisie)

Si OUI, lequel :

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire ?

OUI / NON (entourez la mention choisie)

Observations que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la commune (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? Précisez :

Nom, Adresse et Téléphone du médecin traitant :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e) _____ (Nom/Prénom),
responsable légal de l'enfant, déclare l'exactitude des renseignements portés
sur cette fiche et autorise la commune de Lantignié à prendre toutes les
mesures nécessaires en cas d'urgence.

Date :

Signature :