

**BULLETIN D'INSCRIPTION AUX TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (TAP)
COMMUNE DE POLIGNY- ANNEE 2020 / 2021**

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

IDENTIFICATION DES PARENTS

	Père	Mère
<i>NOM et prénom</i>		
<i>Adresse</i>		
<i>Téléphone domicile</i>		
<i>Téléphone travail</i>		
<i>Portable</i>		
<i>Courriel</i>		

SANTE, DISPOSITIONS EN CAS D'URGENCE

Personnes à contacter en cas d'urgence :

	1^{ère} personne	2^{ème} personne	3^{ème} personne
<i>NOM et prénom</i>			
<i>Lien avec l'enfant</i>			
<i>Téléphone domicile</i>			
<i>Téléphone travail</i>			
<i>Portable</i>			

En cas d'absence de ces personnes, j'autorise la responsable de l'ACM (accueil collectif de mineurs) à contacter un médecin ou le service d'urgence (15).

NOM, adresse, tel du médecin traitant :

Votre enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités : OUI NON

Si oui, lesquelles :

En cas de contre-indication à la pratique de certaines activités physiques, merci de fournir un certificat médical.

Si votre enfant requiert une attention particulière, expliquez et précisez les soins requis (santé, alimentation, activités, autres) :

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

INSCRIPTION AUX TAP

J'inscrits mon enfant aux TAP : le mardi de 15h à 16h30 le jeudi de 15h à 16h30

Je prends note que l'inscription est annuelle. Si mon enfant n'est pas inscrit sur l'un des 2 jours, il ne pourra pas y assister, même ponctuellement.

A LA SORTIE DES TAP

Préciser si votre enfant est autorisé à partir seul à l'issue des TAP : OUI NON

Si NON préciser le nom des personnes autorisées à venir le chercher, en plus des parents ayant autorité légale (la personne devra avoir au min. 14 ans) :

	1 ^{ère} personne	2 ^{ème} personne	3 ^{ème} personne
Nom et prénom			
Téléphone			
Lien avec l'enfant			

Votre enfant est-il inscrit à la garderie ? OUI, tous les jours OUI, occasionnellement NON

DROIT ANNUEL

Une participation financière est fixée à **50€ par enfant pour l'année** (40€ pour les suivants). Gratuit pour les enfants de PS et MS effectuant la sieste.

Pour cet enfant, je m'acquitte d'un droit de : 50€ 40€ Gratuit

Montants à régler avant fin octobre 2015. Le chèque devra être établi à l'ordre du « Trésor Public de St Bonnet »

ATTESTATION DES PARENTS

Je soussigné(e), parent ou représentant légal de l'enfant, atteste sur l'honneur :

- L'exactitude des informations transmises ci-dessus et avoir signalé tout traitement en cours, allergies éventuelles, conduite particulière à tenir ou contre-indication spécifique à une activité de mon enfant.
- Inscrire mon enfant aux activités proposées par la municipalité de POLIGNY dans le cadre des TAP.
- **Avoir pris connaissance et accepter le règlement ci-joint.**
- Autoriser mon enfant à faire des sorties à l'extérieur de l'école dans le cadre des activités proposées.
- Autoriser le responsable des activités à faire soigner mon enfant et pratiquer les interventions d'urgence dictées par le médecin consulté.

Mon enfant pourra éventuellement être pris en photo pendant les activités. J'accepte et autorise l'exploitation de ces images dans les outils d'information ou de communication de la municipalité : OUI NON

A, le

SIGNATURE DU OU DES PARENTS