



Inscription Nouvelles Activités Périscolaires 2015/2016

Enfant

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Fille Garçon Date de naissance :

Classe fréquentée à la rentrée 2015/2016 :

Toute petite section petite section Moyenne section Grande section

CP CE1 CE2 CM1 CM2

Responsable légal (destinataire redevable de la facturation et de tous les courriers)	Responsable légal
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez).....
Nom :	Nom :
Nom de jeune fille :	Nom de jeune fille :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
CP : Ville :	CP : Ville :
.....
Tel domicile : ___/___/___/___/___	Tel domicile : ___/___/___/___/___
Tel portable : ___/___/___/___/___	Tel portable : ___/___/___/___/___
Profession :	Profession :
Adresse de l'employeur :	Adresse de l'employeur :
.....
Tél travail : ___/___/___/___/___	Tél travail : ___/___/___/___/___

Mon enfant fréquentera les NAP de 13h30 à 16h30

Le mardi (maternelles)

Le jeudi (primaires)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

Responsable légal autorise mon enfant (nom, prénom)

à participer aux activités organisées dans le cadre des Nouvelles Activités Péri-scolaires.

à participer aux activités dans le cadre des NAP nécessitant des déplacements qu'ils soient à pied, à vélo, ou éventuellement en bus,

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

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Service Jeunesse à exploiter les images prises aux cours des activités réalisées dans le cadre des NAP sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous les supports de communication : films, photos, site internet, articles de presse, reportages,...

oui

non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Oui

non

Si oui, lequel ?

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

Oui

non

Allergies :

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Si oui, précisez :

Conduite à tenir :

Alimentaires : oui non

Si oui, précisez :

Conduite à tenir :

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) (nom, prénom)

Responsable légal de l'enfant (nom, prénom).....

Déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la
Commune de Bayenghem-lez-Eperlecques à prendre le cas échéant toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant.

Date : ____/____/____

signature :

PERSONNES AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT

J'autorise les personnes majeures désignées ci-dessous à reprendre mon enfant (nom,
prénom)..... à la fin des NAP

Nom/prénom :

Tél : ____/____/____/____/____

Nom/prénom :

Tél : ____/____/____/____/____

Nom/prénom :

Tél : ____/____/____/____/____

Nom/prénom :

Tél : ____/____/____/____/____

Mention « lu et approuvé »

Signature des parents