

NAP (Nouvelles Activités Péri-éducatives)

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT		
Nom	Prénom	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance	Lieu de naissance	
Classe à la rentrée 2017/2018		
Information médicale		
Médecin	Tél :	Adresse
Observations particulières (traitement médical, PAI, régime alimentaire, allergies, asthme, baignade, énurésie, lunettes...) Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir		

Contrat d'assurance couvrant l'enfant lors de ces activités (obligatoire)	
Nom de l'organisme :	N° de police
Valable du/...../..... au/...../.....	

RESPONSABLES LEGAUX		
	Mère	Père
	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM		
Prénom		
N° de portable		
Adresse MAIL		
Adresse du Domicile		
Profession		
Employeur		
Téléphone		

Je soussigné (e),
représentant légal de/des l'enfant(s).....
autorise :

- ✓ A participer à toutes les activités prévues dans le cadre des N.A.P
- ✓ L'association à prendre des photos de mon enfant au cours de ces activités et à les utiliser sur tout support de communication
- ✓ L'intervenant et/ou l'animateur de l'activité à prendre toute disposition en cas d'urgence et à contacter les personnes ci-dessous

Personnes à contacter autres que les parents en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie des NAP		
NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Appelée en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant :		
Adresse	Code postal	Ville
Tel :	Portal :	

NOM	Prénom	<input type="checkbox"/> Appelée en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant :		
Adresse	Code postal	Ville
Tel :	Portal :	

Déplacement de l'enfant		
Autorisation de retour seul après les NAP	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Transport en bus	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI Ligne :

Je m'engage à informer l'association ADMR Castidrole de toute modification qui interviendrait en cours d'année.

Je décharge l'association ADMR Castidrole et les intervenants de toute responsabilité à 17h après le temps des nouvelles activités péri-éducatives.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement des N.A.P et respecter tous les articles de celui-ci.

« Lu et approuvé » (mention manuscrite)

Fait à
Le.....
**Signature des parents Ou du tuteur
légal**