



**ECOLE DE DOMMARTIN LES TOUL**  
**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
**NAP**  
**ANNEE SCOLAIRE 2016 / 2017**

Je soussigné(e) NOM ..... PRENOM .....

Agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur (\*)

Situation familiale : Célibataire – Vie maritale – Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e)(\*)

Adresse ..... Ville .....

Tél Domicile ..... Professionnel ..... Portable .....

Adresse mail .....

**(\*) Barrer les mentions inutiles**

Déclare inscrire le ou les enfants ci-dessous désignés à la session suivante : .....

Prestations	Ecole maternelle	Ecole primaire
Tous les mardis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les jeudis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les mardis et tous les jeudis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prestations	Ecole maternelle	Ecole primaire
1 <sup>ER</sup> ENFANT	1.00 €/jour de TAP	2.00 €/jour de TAP
2 <sup>ème</sup> ENFANT	0.50 €/jour de TAP	1.00 €/jour de TAP
3 <sup>ème</sup> ENFANT	Gratuit	Gratuit

Nom – Prénom de l'enfant	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement et m'engage à respecter le règlement de ce service (dont un exemplaire m'a été remis) tout au long de l'année scolaire. En outre, je certifie exacts les renseignements communiqués sur le présent document.

A Dommartin-les-Toul, le.....  
 Signature

**TLPSVP**



ECOLE DE DOMMARTIN LES TOUL  
BULLETIN D'INSCRIPTION  
NAP  
ANNEE SCOLAIRE 2016 / 2017

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

**Allergies** : préciser quel(s) enfant(s) est (sont) concernés

- Asthme  OUI  NON
- Médicamenteuse  OUI  NON
- Alimentaire  OUI  NON
- Autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

**Recommandations utiles des parents** (en cas de fratrie, précisez le prénom de l'enfant)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ...

**Les difficultés de santé de votre enfant et les précautions à prendre :**

**Votre enfant est-il autorisé à pratiquer des activités sportives ?**  OUI  NON

**Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)**

NOM – Prénom.....  
Téléphone .....

Précisez : famille – amis – autre

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la sortie des TAP à 16 h 30**

NOM – Prénom.....  
Téléphone .....

Précisez : famille – amis – autre

NOM – Prénom.....  
Téléphone .....

Précisez : famille – amis – autre

**Pièces à fournir :**

- Attestation assurance extra scolaire
- Photocopie page vaccinations du carnet de santé.

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),....., responsable légal de (s) l'enfant(s)....., autorise/n'autorise pas(\*) les animateurs des TAP à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal, site Internet, publications, reportages...), des photos de mon (mes) enfant(s) prises au cours des activités.

(\*) Barrer la mention inutile

A Dommartin les Toul, le  
Signature du responsable de l'enfant