

Contrat d'engagement

Je, soussigné, m'engage à ce que mon enfant inscrit en classe de à l'école Ar Gwennili / St Joseph (1) de Cléguérec soit présent aux ateliers périscolaires dans lesquels il est inscrit pour l'année scolaire 2017-2018.

Je m'engage à expliquer à mon enfant que ces ateliers collectifs doivent se dérouler dans le respect des personnes, du matériel, des locaux, de l'intervenant et des autres enfants.

Signature du responsable légal

(1) rayer la mention inutile

Autorisation de publication de photographies

J'autorise ou je n'autorise pas (1) le service Enfance Jeunesse de Cléguérec à filmer, photographier mon enfant lors des activités et à publier ces images sur les supports de communication et d'information de la commune de Cléguérec (site internet, bulletin municipal, Page Facebook...), ainsi qu'à les transmettre à la presse locale.

En acceptant je renonce à toute contrepartie financière.

Signature du responsable légal

(1) rayer la mention inutile

LES ATELIERS PERISCOLAIRES

Année scolaire 2017-2018



Cléguérec

Document à ramener en mairie au plus tard le 7 Juillet 2017

Fiche de renseignements 2017-2018

IDENTITE & COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____ à _____ Sexe : M F

Adresse : _____

Etablissement scolaire fréquenté : _____ Classe : _____

Je, soussigné(e), Mme, Mr, exerçant sur l'enfant sus-nommé, l'autorité parentale, inscrit mon enfant pour les activités périscolaires à Cléguérec pour l'année 2017-2018

COORDONNEES DU/DES RESPONSABLES LEGAUX

Père..... Mère.....

☎ portable père : ☎ portable mère :

☎ travail père ☎ travail mère

✉ courriel père :@.....

✉ courriel mère :@.....

Autres personnes à joindre en cas d'urgence (précisez s'il s'agit de parents, amis, assistante maternelle...)

..... ☎

..... ☎

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant.....

Autorise :

- Mon enfant à participer aux activités des Temps d'Activités Périscolaires (TAP) chaque mardi et vendredi de 15h00 à 16h30 sur l'année scolaire 2017-2018 sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement.

- Le directeur du Temps d'Activités Périscolaires à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou anesthésie décidée par un médecin et m'engage à rembourser les frais engagés le cas échéant.

- J'autorise OUI NON la Commune de Cléguérec à prendre ou faire prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées dans le cadre des Temps d'Activités Périscolaires et à les utiliser sur tout support de communication.

- J'autorise OUI NON mon enfant à quitter seul le lieu d'atelier à l'issue du Temps d'Activités Périscolaires.

- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en dehors des horaires de Temps d'Activités Périscolaires.

- Je déclare avoir pris connaissance du projet des nouveaux rythmes scolaires et des conditions de réalisation.

ATTENTION : en cas de non réponse de votre part, nous considérerons que votre enfant ne participera pas aux Temps d'activités Périscolaires mis en place par la commune. L'enfant sera donc sous l'entière responsabilité de ses parents à compter de la fin de l'enseignement scolaire.

A Cléguérec le / / « Lu et approuvé » (mention manuscrite)

Signature du responsable légal

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant.

POIDS : TAILLE : GROUPE SANGUIN

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

- BCG oui non date du dernier rappel :

- DTP oui non date du dernier rappel :

- Hépatite B oui non date du dernier rappel :

- Autres (précisez)

ALLERGIES

- ASTHME oui non - MEDICAMENTEUSES oui non

- ALIMENTAIRES oui non

- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Commentaires éventuels :

Votre enfant suit-il un traitement médical de longue durée ?
 oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Médecin traitant :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant
certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A Cléguérec le / /

Signature