

TAP – Ecole La Fontaine

NOM – PRÉNOM de l'Enfant :

2^{ème} PERIODE (Du 07 Novembre au 22 Décembre 2017)

*FICHE A DEPOSER A LA MIA : **du 09 Octobre au 20 Octobre 2017**

de 10H à 12H et de 14H à 16H

* OU AUX REFERENTS TAP

* OU A ENVOYER PAR MAIL : Tap.nap@mairie-jeumont.fr



HORAIRES 15h45 à 17h00

Fille

Garçon

Date de naissance :

Tél :

JOUR DE PRESENCE (cocher la case)

JEUDI

VENDREDI

Nom du représentant légal :

Autorisation Parentale Obligatoire

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

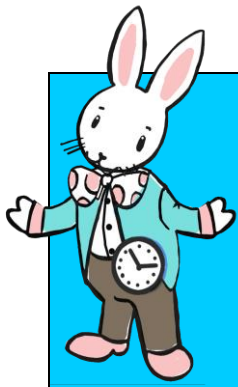
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités des Temps d'Activités Périscolaires sur la totalité de la période.
- Atteste avoir fourni un certificat médical en cas de problèmes de santé, d'allergie ou de contre-indication aux activités physiques et sportives.
- M'engage à prévenir le coordinateur des TAP en cas d'absence de mon enfant.

Toute autorisation de sortie anticipée de l'activité doit garder un caractère exceptionnel et faire l'objet d'une demande écrite préalable.

Veillez indiquer la personne autorisée à reprendre l'enfant :

NOM..... Prénom..... Tél .../.../.../.../...

Date : **Signature obligatoire**



TAP – Ecole Du-Bellay

NOM – PRÉNOM de l'Enfant :

2^{ème} PERIODE (Du 07 Novembre au 22 Décembre 2017)

*FICHE A DEPOSER A LA MIA : **du 09 Octobre au 20 Octobre 2017**

de 10H à 12H et de 14H à 16H

*OU AUX REFERENTS TAP

*OU A ENVOYER PAR MAIL : Tap.nap@mairie-jeumont.fr



HORAIRES 15h45 à 17h00

Fille

Garçon

Date de naissance :

Tél :

JOUR DE PRESENCE (cocher la case)

MARDI

VENDREDI

Nom du représentant légal :

Autorisation Parentale Obligatoire

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

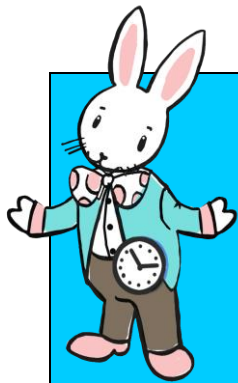
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités des Temps d'Activités Périscolaires sur la totalité de la période.
- Atteste avoir fourni un certificat médical en cas de problèmes de santé, d'allergie ou de contre-indication aux activités physiques et sportives.
- M'engage à prévenir le coordinateur des TAP en cas d'absence de mon enfant.

Toute autorisation de sortie anticipée de l'activité doit garder un caractère exceptionnel et faire l'objet d'une demande écrite préalable.

Veillez indiquer la personne autorisée à reprendre l'enfant :

NOM..... Prénom..... Tél/...../...../...../.....

Date : **Signature obligatoire**



TAP – Ecole Maryse-Bastie

NOM – PRÉNOM de l'Enfant :

2^{ème} PERIODE (Du 07 Novembre au 22 Décembre 2017)

*FICHE A DEPOSER A LA MIA : **du 09 Octobre au 20 Octobre 2017**

de 10H à 12H et de 14H à 16H

*OU AUX REFERENTS TAP

*OU A ENVOYER PAR MAIL : Tap.nap@mairie-jeumont.fr



HORAIRES 15h45 à 17h00

Fille

Garçon

Date de naissance :

Tél :

JOUR DE PRESENCE (cocher la case)

MARDI

VENDREDI

Nom du représentant légal :

Autorisation Parentale Obligatoire

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

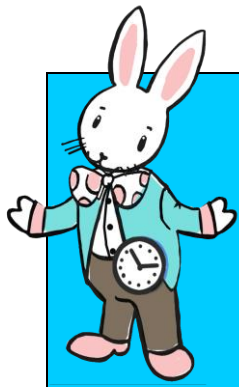
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités des Temps d'Activités Périscolaires sur la totalité de la période.
- Atteste avoir fourni un certificat médical en cas de problèmes de santé, d'allergie ou de contre-indication aux activités physiques et sportives.
- M'engage à prévenir le coordinateur des TAP en cas d'absence de mon enfant.

Toute autorisation de sortie anticipée de l'activité doit garder un caractère exceptionnel et faire l'objet d'une demande écrite préalable.

Veuillez indiquer la personne autorisée à reprendre l'enfant :

NOM..... Prénom..... Tél .../.../.../.../...

Date : **Signature obligatoire**



TAP – Ecole La Bruyère

NOM – PRÉNOM de l'Enfant :

2^{ème} PERIODE (Du 07 Novembre au 22 Décembre 2017)

*FICHE A DEPOSER A LA MIA : **du 09 Octobre au 20 Octobre 2017**

de 10H à 12H et de 14H à 16H

*OU AUX REFERENTS TAP

*OU A ENVOYER PAR MAIL : Tap.nap@mairie-jeumont.fr



HORAIRES 15h45 à 17h00

Fille

Garçon

Date de naissance :

Tél :

JOUR DE PRESENCE (cocher la case)

MARDI

JEUDI

Nom du représentant légal :

Autorisation Parentale Obligatoire

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

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités des Temps d'Activités Périscolaires sur la totalité de la période.
- Atteste avoir fourni un certificat médical en cas de problèmes de santé, d'allergie ou de contre-indication aux activités physiques et sportives.
- M'engage à prévenir le coordinateur des TAP en cas d'absence de mon enfant.

Toute autorisation de sortie anticipée de l'activité doit garder un caractère exceptionnel et faire l'objet d'une demande écrite préalable.

Veillez indiquer la personne autorisée à reprendre l'enfant :

NOM..... Prénom..... Tél .../.../.../.../...

Date : Signature obligatoire

