

## Contrat d'engagement

Je, soussigné, ..... m'engage à ce que mon enfant ..... inscrit en classe de ..... à l'école Publique / St Joseph <sup>(1)</sup> de Cléguérec soit présent aux ateliers périscolaires dans lesquels il est inscrit pour l'année scolaire 2016-2017.

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 <sup>(1)</sup> 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...), 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 2016-2017



Cléguérec

Document à ramener en mairie au plus tard le 1er juillet 2016

## Fiche de renseignements 2016-2017

### 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 2016-2017

### 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 2016-2017 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