



TEMPS D'ACTIVITES PERISCOLAIRES

ANNEE 2016-2017

BULLETIN D'INSCRIPTION/ENFANT TAP SAINT GERVAIS LES TROIS CLOCHERS

Représentant légal :

Je soussigné(e) (NOM, prénom) _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville _____

Téléphone (maison) _____ / Téléphone (portable) _____

Téléphone (travail) _____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____ /Tél : _____

CONFIRME L'INSCRIPTION DE L'ENFANT

NOM : _____ **Prénom :** _____

Sexe : Fille Garçon

Age : ans

Classe :

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION (ne rien inscrire dans le cadre ci-dessous).

ACTIVITE	PERIODE
<input type="checkbox"/> l'enfant est-il inscrit à l'accueil périscolaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Paiement effectué le _____ Montant _____	
Chèque <input type="checkbox"/> ESPECE <input type="checkbox"/>	
OBSERVATIONS : _____	

VOIR AU VERSO →

J'ai pris connaissance des conditions d'inscriptions (annexe au règlement intérieur de l'école)

Pour les activités du vendredi

<input type="checkbox"/>	Je viendrai récupérer mon enfant à la garderie périscolaire, après 16H30.
<input type="checkbox"/>	Je viendrai récupérer mon enfant à 16H30, à la fin de l'activité.
<input type="checkbox"/>	Mon enfant rentrera seul

* *Cochez la case ou les cases*

Date : / /20.....

Signature du représentant légal