

A RETOURNER AU SIIS AVANT LE 31 AOUT 2017

**Syndicat Intercommunal d'Intérêt Scolaire  
Saint-Martin-sur -Ocre – Saint-Brisson-sur-Loire**

**Année scolaire 2017/2018**

**INSCRIPTION AUX ACTIVITES PERISCOLAIRES (TAP)**

**TARIF : 0.75 € la séance**

**ATTENTION : TAP UNIQUEMENT A SAINT-MARTIN**

Je soussigné (e), Madame, Monsieur.....

Responsable légal (e) de l'enfant ..... né (e) le .....

Agé (e) de 3 à 6 ans

Agé (e) de 6 à 12 ans

Ecole fréquentée à la rentrée 2017 :.....

Classe à la rentrée 2017 : .....

Téléphone :.....Mail :.....

Adresse :.....

Nom et téléphone à joindre en cas d'urgence :

**Inscris mon enfant aux activités organisées par le SIIS pour l'année scolaire  
2017/2018 les jours suivants :**

le lundi et le vendredi  uniquement le lundi  uniquement le vendredi

De 15 h00 à 16h30

de 15 h00 à 16h30

de 15h00 à 16h30

**Prise en charge à 16 heures 30 par les parents ou la garderie**

 **RAPPEL : PASSAGE DES BUS A 15 HEURES LES LUNDIS ET  
VENDREDIS ET A 16 HEURES 30 LES MARDIS ET JEUDIS ;**

**Toute inscription engage la présence de l'enfant.**

**J'autorise mon enfant :**

- A repartir seul (si + de 6 ans)
- A être photographié (journal municipal)

A RETOURNER AU SIIS AVANT LE 31 AOUT 2017

**J'autorise**

- L'intervenant référent à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident

- Monsieur, Madame (plusieurs personnes possibles)

.....  
.....  
.....  
.....

A reprendre mon enfant après le TAP.

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

Nom et N° de téléphone du médecin traitant : ..... / ....  
/.... /.... /....

Mentions particulières : (si votre enfant présente des allergies, des incapacités au sport, des particularités sanitaires ou toutes autres informations que vous souhaitez nous communiquer)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ..... le

Signature