



RESERVATION TAP
A RETOURNER AUX ANIMATEURS ABSOLUMENT

ENFANT :
 NOM : _____ Prénom: _____ Age : _____

NOMS DES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

	NOM	Prénom	Téléphone
PÈRE
MERE
AUTRE

Mon enfant participera aux TAP, les :

Lundi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>

A la fin des TAP, l'accueil périscolaire prend en charge les enfants jusqu'à 18h30.

J'autorise mon enfant à rentrer tout seul : oui non

Signature du représentant légal



RESERVATION TAP
A RETOURNER AUX ANIMATEURS ABSOLUMENT

ENFANT :
 NOM : _____ Prénom: _____ Age : _____

NOMS DES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

	NOM	Prénom	Téléphone
PÈRE
MERE
AUTRE

Mon enfant participera aux TAP, les :

Lundi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	oui	non	<input type="checkbox"/>

A la fin des TAP, l'accueil périscolaire prend en charge les enfants jusqu'à 18h30.

J'autorise mon enfant à rentrer tout seul : oui non

Signature du représentant légal