

## Organisation temps activités périscolaires - Ecole élémentaire Vailly

Dates	Corinne Bidal	Lauriane Decorzent	Guillaume Gagnaire
Lundi	11-sept-17	Peinture sur galets (CM1/CM2)	Jeux de société (CE1/CE2)
Mardi	12-sept-17	Peinture sur galets (CP)	Jeux de société (CM1/CM2)
Jeudi	14-sept-17	Peinture sur galets (CE1/CE2)	Jeux de société (CP)
Lundi	18-sept-17	Peinture sur galets (CM1/CM2)	Peinture (CE1/CE2)
Mardi	19-sept-17	Peinture sur galets (CP)	Peinture (CM1/CM2)
Jeudi	21-sept-17	Peinture sur galets (CE1/CE2)	Peinture (CP)
Lundi	25-sept-17	Jeux de société (CM1/CM2)	Atelier pâtisserie (CE1/CE2)
Mardi	26-sept-17	Jeux de société (CP)	Atelier pâtisserie (CM1/CM2)
Jeudi	28-sept-17	Jeux de société (CE1/CE2)	Atelier pâtisserie (CP)
Lundi	02-oct-17	Brico Halloween (CM1/CM2)	Atelier pâtisserie (CE1/CE2)
Mardi	03-oct-17	Brico Halloween (CP)	Atelier pâtisserie (CM1/CM2)
Jeudi	05-oct-17	Brico Halloween (CE1/CE2)	Atelier pâtisserie (CP)
Lundi	09-oct-17	Brico Halloween (CM1/CM2)	Bricolage (CE1/CE2)
Mardi	10-oct-17	Brico Halloween (CP)	Bricolage (CM1/CM2)
Jeudi	12-oct-17	Brico Halloween (CE1/CE2)	Bricolage (CP)
Lundi	16-oct-17	Origami (CM1/CM2)	Bricolage (CE1/CE2)
Mardi	17-oct-17	Origami (CP)	Bricolage (CM1/CM2)
Jeudi	19-oct-17	Origami (CE1/CE2)	Bricolage (CP)

### Bulletin d'inscription à transmettre impérativement avant le 11 SEPTEMBRE 2017

Nom de l'enfant :

Prénom :

Classe :

**Participera aux Temps d'Activités Périscolaires gratuits : LUNDI MARDI JEUDI (à entourer)**  
**Pour la période du 11/09/2017 au 19/10/2017**

#### Attestation des parents

Je soussigné(e).....père o mère o Tuteur o

De l'enfant.....

#### Déclare :

- \* Autoriser mon enfant à participer aux activités proposées par la commune de Vailly dans le cadre des temps d'activités périscolaires
- \* Avoir pris connaissance que mon enfant sera pris en charge uniquement pendant la durée de l'activité
- \*Que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive (prévoir une tenue appropriée et un imperméable)**
- \*Autoriser le responsable des activités à faire soigner et pratiquer les interventions d'urgence par le médecin consulté
- \* Signaler tout traitement en cours, allergies éventuelles ou précision sur une conduite particulière à tenir ou une contre-indication spécifique à une pratique sportive
- \* Accepter que mon enfant puisse éventuellement être pris en photo pendant les activités et autoriser l'utilisation de ces images dans les outils de communication de la municipalité (à rayer en cas de désaccord)**
- \* M'engager à ce que mon enfant participe aux TAP les jours sélectionnés et pour la période du 11/09/2017 au 19/10/2017.**

Fait à ..... le .....

Signature du représentant légal