

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

## AIDE AUX DEVOIRS 2020-2021

- Primaires** - Lundi 17h à 18h, Mercredi 16h30 à 17h30 et Jeudi 17h à 18h à **Courte**
- Collégiens** - Lundi 17h30 à 19h et Mercredi 17h30 à 19h à **Courte**
- Lycéens** - Mardi 18h à 19h30 et Jeudi 18h à 19h30 à **Courte**

### PARTICIPANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Classe :

Est autorisé(e) à rentrer avec :

### COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Ville :

CP :

Tél. portable :

Tél. domicile :

Mail :

Personne à contacter en mon absence :

Tél. portable

### MODALITÉS D'INSCRIPTION :

A) **Participation annuelle** calculée en fonction du quotient familial :

Moins de 400, 10€

Plus de 400, 20€

Paiement :  Chèque N° \_\_\_\_\_

Banque : \_\_\_\_\_

Espèces



## B) L'adhésion à l'association est obligatoire et doit pouvoir être encaissée immédiatement (voir bon joint)

### AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX

« Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise les responsables de l'association à donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires à mon enfant en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien au mineur » :

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Je m'engage à rembourser l'association l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés éventuellement pour le compte de mon enfant. »

Maladies et allergies à signaler : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DE VOUS PRENDRE EN PHOTO OU VIDÉO :

J'autorise (ou pas) l'équipe à prendre des photographies ou des vidéos de mon enfant pendant les activités auxquelles il participe et à les utiliser sur tous supports de communication sans limite de temps ni de lieu.

OUI

NON

Fait à Saint Denis le :

Signature :

