

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

## ATELIERS ENFANTS 2020-2021

*ouverts dès 8 participants*

## Découverte du monde écrit

- pour les CP - Lundi de 17h à 18h à **Choisel** (dès 6 ans)
- pour les CE1 et CE2 - Mercredi de 14h à 15h à **Choisel** (dès 6 ans)

- Théâtre** pour les 6/8 ans - Mercredi de 11h à 12h à **Choisel**
- Lecture et théâtre** pour les 9/11 ans - Vendredi de 17h à 18h à **Choisel**
- Langue des signes** pour les 8/10 ans – Mardi de 17h30 à 18h30 à **Courte**
- Arts plastiques** pour les 7/10 ans - Mercredi de 14h à 15h30 à **Courte** (dès 6 enfants)
- Manga-écriture animée** dès 8 ans - Samedi de 11h à 12h30 à **Courte**

## PARTICIPANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

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) **Frais d'inscription** en fonction de votre quotient familial / Bons CAF « Pass'Loisirs » acceptés.

- Moins de 400, 35€
- Plus de 810, 120€
- Réduc de 10 euros au 2ème atelier / Montant payé : .....
- Moins de 600, 60€
- Réduc de 10 euros pour le 2ème enfant
- Moins de 810, 90€



Paiement :  Chèque N° \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_  
 Chèque N° \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_  
 Espèces  CB  Bon Ville / CAF

**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 : \_\_\_\_\_

Projet d'accompagnement Individualisé :  OUI  NON

### 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 :

