

**AIDE AUX DEVOIRS 2020-2021**

* Primaires au Lycée - Mercredi ou vendredi entre 14h et 17h au Toit du mot

Merci d’indiquer le jour choisi et l’heure à laquelle votre enfant arrivera :

………………………….……………………………………………………

**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 :**

1. **Participation annuelle** calculée en fonction du quotient familial de la CAF :

 ❑ Moins de 400, 10€

 ❑ Plus de 400, 20€

Paiement : ❑ Chèque N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banque : \_\_\_\_\_\_\_\_

 ❑ Espèces

1. **L’adhésion à l’association est obligatoire et doit pouvoir être encaissée immédiatement (voir bon joint)**

| **AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX**« Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autoriseles 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 :