

**ATELIERS ADOS 2021-2022**

*ouverts dès 6 participants*

| Théâtre  ❑ pour les 11/13 ans - Vendredi de 18h à 19h30 au Toit du Mot  ❑ pour les 13/16 ans - Vendredi de 18h à 19h30 à Choisel  ❑ Théâtre Création pour les 11/16 ans - 1 samedi sur 2 de 13h30 à 16h à Choisel  ❑ Slam pour les 12/16 ans – Vendredi de 18h à 19H30 au Toit du Mot |
| --- |

**Participant :**

| Nom : |  | Prénom : |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de naissance : |  | Âge : |  |
| Est autorisé(e) à rentrer seul(e) : : ❑ OUI ❑ NON | | | |

**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. **Frais d’inscription** en fonction de votre quotient familial CAF / Bons CAF *« Pass’Loisirs »* acceptés pour la totalité de leur montant.

| ❑ Moins de 400, 35€ | ❑ Moins de 600, 60€ | ❑ Moins de 810, 90€ |
| --- | --- | --- |
| ❑ Plus de 810, 120€ | ❑ Réduc de 10€ pour le 2e enfant : ………………….. | |
| **❑** Réduc de 10€ au 2e atelier / Montant payé : …………………………… | | |

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

❑ Chèque N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Espèces ❑Bon Ville / CAF

1. **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 mon 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 :