

**ATELIERS ENFANTS 2021-2022**

*ouverts dès 6 participants*

| Lecture à voix haute ❑ pour les CE2 - Mardi de 17h à 18h au Toit du Mot ❑ pour les CM1 et CM2 - Vendredi de 17h à 18h au Toit du Mot Théâtre ❑ pour les 6/8 ans - Mercredi de 11h à 12h à Choisel ❑ pour les 8/9 ans - Mercredi de 16h à 17h au Choisel❑ pour les 9/11 ans - Vendredi de 17h à 18h au Choisel❑ Jeux avec les mots pour les 7/10 ans – Mercredi de 11h30 à 12H30 au Toit du Mot |
| --- |

**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 :**

1. **Frais d’inscription** en fonction de votre quotient familial / 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 |
| **❑** Réduction 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), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |
| 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 :