

**MOTS EN HERBES**

**6/8 ans, 9/11 ans et 12/14 ans à Fondettes**

**25 au 29 octobre 2021**

**Participant :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom: |  |
| Date de naissance : |  |  |  |
| Âge : |  | Classe : |  |
|  | | | |

**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. **Adhésion à l’association**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **❑** Jusqu’à 810, 20€ | **❑** Plus de 810, 30€ | **❑** QF : …………… (document fourni) |

*Réduction de 10€ à partir de la 2ème adhésion, coût de la deuxième : €*

1. **Frais d’inscription** en fonction de votre quotient familial / Bons CAF

*« Pass’Loisirs »* acceptés.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Jusqu’à 570, 40 € | ❑ de 571 à 750, 90€ | ❑ Plus de 750, 150 € |
|  |  | |
|  | | |

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

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

❑ Espèces

|  |
| --- |
| **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 :