

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

# MOTS EN SCÈNE

9/15 ans en Bretagne

18 au 29 juillet 2022

## 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 :

A) **Adhésion à l'association, valable sur l'année 2022-2023**

*Selon le quotient familial de la CAF*

Jusqu'à 810, 20€

Plus de 810, 30€

QF : .....

(document fourni)

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

€

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

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

Espèces



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



[motsetregards@gmail.com](mailto:motsetregards@gmail.com)



Motsetregards.org

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

Jusqu'à 570, 100 €       de 571 à 750, 200 €       Plus de 750, 320€

Paiement :     Chèque N° \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_  
                   Chèque N° \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_  
                   Espèces  
                   Chèques vacances

Si le paiement est effectué en chèque vacances le montant maximal sera appliqué (320€).

## 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 :



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



[motsetregards@gmail.com](mailto:motsetregards@gmail.com)



Motsetregards.org