

**ATELIERS ADULTES 2022-2023**

*ouverts dès 6 participants*

| **❑** Théâtre - Mardi de 19h à 21h au Toit du Mot  ❑ Lecture théâtralisée – Vendredi de 19h30 à 21h à Choisel  ❑ Écriture – Lundi de 19h30 à 21h au Toit du Mot |
| --- |

**Participant :**

| Nom : |  | Prénom : |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de naissance : |  | Âge : |  |
| Tél. portable : |  | Mail : |  |
| Adresse : |  | | |
| CP : |  | Ville : |  |

**Coordonnées de la personne à contacter en cas d’urgence :**

| Nom : |  | Prénom : |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lien de parenté : |  | | |
| Tél. portable : |  | Tél. domicile : |  |
| Mail : | | | |

**Modalités d’inscription :**

1. Adhésion - selon le salaire mensuel brut

| **❑** Etudiant/RSA, 10€ | **❑**Entre 500 et 1500€, 35€ | **❑** Plus de 1500€, 50€ |
| --- | --- | --- |

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

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

❑ Espèces

1. **Participation annuelle** calculée en fonction des salaires mensuels bruts :

| **❑** Étudiants, sans emploi : 70€ | **❑** jusqu'à 1500€ : 150€ | **❑** au-dessus de 1500€ : 210 € |
| --- | --- | --- |
| **❑** Réduction de 10€ au 2e atelier / Montant payé : …………………………… | | |

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

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

❑ Espèces ❑Bon Ville / CAF

| **AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX**  « Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorise les responsables de l'association à me donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente,  ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien » :  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. »  Maladies et allergies à signaler : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |

| **AUTORISATION DE VOUS PRENDRE EN PHOTO OU VIDÉO :**  J’autorise (ou pas) l'équipe à me prendre en photo ou à me filmer pendant les activités auxquelles je 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 :