

**ATELIERS TOUT-PETITS 2022-2023**

*ouverts dès 6 participants*

| Bains de mots pour marmots 0/3 ans - Maximum 8 enfants  ❑ Mercredi de 10h15 à 11h au Toit du Mot  ❑ Samedi (2 séances par mois) de 10h à 10h45 à Choisel  Bains de mots pour marmots 3/5 ans - Maximum 8 enfants  ❑ Mercredi de 11h à 11h45 au Toit du Mot  ❑ Atelier famille pour les 3/5 ans et leurs parents– Mercredi de 16h30 à 17h30 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 : | | | |
| Tel. portable : | | | |

**Modalités d’inscription :**

1. **Adhésion à l’association, valable sur l’année 2022-2023**

| **❑** 20€ |  |  |
| --- | --- | --- |

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

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

1. **Frais d’inscription** en fonction de votre quotient familial de la 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, 150€ **❑** Réduction d’1 trimestre (1/3 du tarif de base) | | |
| **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 donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires à mon enfant et/ou à moi 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 le compte de mon enfant ou le mien. »  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 et de moi pendant les activités auxquelles nous participons et à les utiliser sur tous supports de communication sans limite de temps ni de lieu. | |
| --- | --- |
| ❑ OUI | ❑ NON |

Fait à Saint Denis le : Signature :