

 **ATELIER MANGA 2022-2023**

*ouverts dès 6 participants*

|  ❑ 3 samedis par mois de 11h à 12h30 - Manga au Choisel  |
| --- |

**Participant :**

| Nom :  |  | Prénom : |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de naissance : |  | Âge : |  |
| Est autorisé(e) à rentrer seul(e) : : ❑ OUI ❑ NON |

**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, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_
 ❑ Espèces

1. **Frais d’inscription** en fonction de votre quotient familial CAF / Bons CAF *« Pass’Loisirs »* acceptés.

*Tarif à l’année* :

| ❑ Moins de 570, 100 € | ❑ De 571 à 750, 150 € | ❑ Plus de 750, 180 € |
| --- | --- | --- |

| **❑** Réduc 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), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 mon 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 :