

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

## 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 à **Choisel**
- Samedi (3 séances par mois) de 10h à 10h45 à **Choisel**

**Bains de mots pour marmots** 4/5 ans - Maximum 8 enfants

- Mercredi de 11h à 11h45 à **Choisel**

**Multiactivités** pour les 3/5 ans et leurs parents– Mercredi de 16h à 17h 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 :

A) **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



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



Association Mots et Regards  
[motsetregards@gmail.com](mailto:motsetregards@gmail.com)



Motsetregards.org

B) **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 :



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



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



Motsetregards.org

# MOTS ET REGARDS

*Lire, raconter, créer, partager*

## Inscription tout-petits 2022-2023



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



Association Mots et  
Regards [motsetregards@gmail.com](mailto:motsetregards@gmail.com)



Motsetregards.org