

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

ATELIERS ADOS 2022-2023

ouverts dès 6 participants

Théâtre

- pour les 11/13 ans - Vendredi de 18h à 19h30 au **Toit du Mot**
- pour les 14/16 ans - Vendredi de 18h à 19h30 à **Choisel**
- Théâtre Création** pour les 11/16 ans - Mercredi de 18h à 20h au **Toit du Mot**
- Slam/rap** pour les 12/16 ans – Vendredi de 18h à 19H30 au **Toit du Mot**

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 :

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

20€

Réduction de 10€ pour le deuxième enfant et plus :

Paiement : Chèque N° _____ Banque _____

Espèces



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



motsetregards@gmail.com



Motsetregards.org

B) **Frais d'inscription** en fonction de votre quotient familial CAF

Tarif des ateliers :

Coefficient CAF	Moins de 400	Moins de 600	Moins de 810	Plus de 810
Montant à régler	35 €	60 €	90 €	150 €

C) Le quotient pris en considération est celui du parent chez qui vit l'enfant puisque c'est celui qui reçoit le bon CAF

D) Bons CAF « Pass'Loisirs » acceptés pour la totalité de leur montant.

E) Les vacaf ne sont utilisable que sur des séjours.

Réduc de 10€ pour le 2e enfant :

Réduc de 10€ au 2e atelier / Montant payé :

Paiement : Chèque N° _____ Banque _____

Chèque N° _____ Banque _____

Espèces Bon Ville / CAF



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



motsetregards@gmail.com



Motsetregards.org

« 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 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 :



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



motsetregards@gmail.com



09 72 43 50 38



Motsetregards.org