

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



09 72 43 50 38



Motsetregards.org