

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

# ATELIERS ENFANTS 2022-2023

ouverts dès 6 participants

## Théâtre

- pour les 6/7 ans - Mercredi de 11h à 12h au **Toit du Mot**
- pour les 8/9 ans - Mercredi de 17h à 18h au **Toit du Mot**
- pour les 9/11 ans - Vendredi de 17h à 18h à **Choisel**
- Les p'tits lecteurs** pour les 6/8 ans – Lundi de 16h45 à 18h à **Choisel**

## 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 :  
Tél. portable :

## Modalités d'inscription :

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

20€

Réduction de 10€ à partir de l'adhésion du 2e enfant, coût de la deuxième : .....

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

Tarifs des ateliers :

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

- Réduc de 10€ pour le 2e enfant  
 Réduction 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), \_\_\_\_\_ 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 le compte de mon enfant.»

Maladies et allergies à signaler : \_\_\_\_\_

Projet d'accompagnement Individualisé :  OUI  NON



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