

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

- Lundi de 10h00 à 10h45 à **Choisel**
- Mercredi de 9h30 à 10h15 à **Choisel**
- Mercredi de 10h15 à 11h à **Choisel**
- Samedi de 10h à 10h45 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 :

Tel. portable :

Modalités d'inscription :

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

20€

Réduction de 10€ pour le deuxième enfant :

Paiement : Chèque N° _____ Banque _____

Espèces



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



Association Mots et
Regards motsetregards@gmail.com



Motsetregards.org

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

Tarifs des ateliers :

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

Réduction d'1 trimestre = 1/3 du tarif de base

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 utilisables que sur des séjours.

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



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



motsetregards@gmail.com



Motsetregards.org

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



Association Mots et
Regards motsetregards@gmail.com



Motsetregards.org