

**ATELIERS ENFANTS 2023-2024**

*ouverts dès 6 participants*

| Théâtre ❑ pour les 6/7 ans - Mercredi de 15h30 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 ChoiselLes 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 seul : ❑ Oui ❑ NonSinon est autorisé 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 :**

1. **Adhésion à l’association, valable sur l’année 2022-2023**

| **❑** 20€ |  |  |
| --- | --- | --- |

Paiement : ❑ Chèque N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_\_\_\_
 ❑ Espèces

1. **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 | 45€ | 70€ | 100€ | 150€ |

| ❑ Réduc de 10€ pour le 2e enfant |
| --- |
| **❑** Réduction de 10€ au 2e atelier / Montant payé : ……………………………réducation non cumulable une seule réducation appliquée par famille; |

Paiement : ❑ Chèque N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_\_\_\_

 ❑ Chèque N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_\_\_\_

 ❑ Espèces ❑Bon Ville / CAF

| **AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX**« Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autoriseles 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 |

| **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 :