

**Stage Jardin Secret**

**Le Toit du Mot, rue Courte à Saint-Denis**

**3, 4, 5 Août 2023**

**Participant :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom: |  |
| Date de naissance : |  |  |  |
| Âge : |  | Classe : |  |
|  | | | |

**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 2023-2024**

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

*Réduction de 10€ pour le deuxième enfant et plus : ……...*

Paiement : ❑ Chèque N°\_\_\_

1. **Frais d’inscription** en fonction de votre quotient familial / Bons CAF

*« Pass’Loisirs »* acceptés pour la totalité de leur montant.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❑ Gratuit (NB : le stage ne comprend pas les frais de transport et les goûters) |  |  |

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

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

* Espèces

|  |
| --- |
| **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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 :