

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

ATELIERS TOUT-PETITS 2023-2024

Bains de mots pour marmots 0/3 ans - Maximum 10 enfants

- Mercredi de 9h30/10h15 il y a 2 groupes(3 à 4 assistantes - max 10 enfants)
- Mercredi de 10h15 à 11h il y a 2 groupes(3 à 4 assistantes - max 10 enfants)
- vendredi 10h00 à 10h45 à **Choisel** 3 à 4 assistantes - max 10 Enfants
- Samedi de 10h à 10h45 à **Choisel max 10 enfants**

Le petit orchestre littéraire 3 à 5 ans (maternelle) (max 10 enfants)

- Mercredi 16h00 à 17h00 à **Choisel**
- Samedi 11h15 à 12h15 à **Choisel** Atelier en famille

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€

Paiement : Chèque N° _____ Banque _____

Espèces



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



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	45€	70€	100 €	150€

- Réduction d'1 trimestre = 1/3 du tarif de base
- Réduction de 10 euros pour un deuxième enfant inscrit

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

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



motsetregards@gmail.com



09 72 43 50 38



Motsetregards.org