

**ATELIER MANGA 2023-2024**

*ouverts dès 8 participants*

| ❑ 8/10 ans (10 personnes) 3 samedis par mois de 10h à 11h - Manga au Toit du mot  ❑ 11/15 ans (10 personnes) 3 samedis par mois de 11h à 12h30 - Manga au Toit du mot |
| --- |

**Participant :**

| Nom : |  | Prénom : |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de naissance : |  | Âge : |  |
| Est autorisé(e) à rentrer seul(e) : : ❑ OUI ❑ NON | | | |

**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 CAF
2. Le quotient pris en considération est celui du parent chez qui vit l’enfant puisque c’est celui qui reçoit le bon CAF

*Tarif des ateliers* :

| Coefficient CAF | Moins de 570 | De 571 à 750 | Plus de 750 |
| --- | --- | --- | --- |
| Montant à régler | 100 € | 150 € | 170 € |

1. Bons CAF *« Pass’Loisirs »* acceptés pour la totalité de leur montant.
2. Les vacaf ne sont utilisables que sur des séjours.

| **❑** Réduc 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 mon 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 :