

**ATELIER CONTE 2023-2024**

* SAMEDI 14H00 16h00 à Choisel 3 fois par mois

**Participant :**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. **Participation annuelle** :

 ❑ salaire moins de 1500 brut = 200€ - salaire de plus de 1500 euros brut = 250€

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

 ❑ Espèces

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

|  |
| --- |
| **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 :