

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

ATELIERS ENFANTS 2024-2025

ouverts dès 6 participants

Théâtre

- pour les 6/7 ans - Mercredi de 15h30 à 16h30 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 **Choisel**

Les p'tits lecteurs

- pour les 6/7 ans – Lundi de 17h à 18h à **Choisel**

Ecriture

- pour les CE2 au CM2 - samedi de 10h à 11h au **Toit du Mot**

Participant :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Est autorisé(e) à rentrer seul : Oui Non

Est autorisé à rentrer avec :

Peut-être confié à :

Coordonnées du représentant légal :

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Ville :

Tél. portable :

Mail :

CP :

Tél. domicile :

Personne à contacter en mon absence :

Tél. portable :



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



motsetregards@gmail.com



Motsetregards.org

Maladies et allergies à signaler : _____

Plan d'accompagnement individualisé en cas de traitement à prendre durant les ateliers à joindre ainsi que l'ordonnance et les médicaments dans une pochette avec le nom et prénom de l'enfant.

Modalités d'inscription :

A) **Adhésion à l'association, valable sur l'année 2024-2025**

20€

Paiement : Chèque N° _____ Banque _____

Espèces

B) **Frais d'inscription** en fonction de votre quotient familial / Bons CAF « Pass'Loisirs » acceptés pour la totalité de leur montant.

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) Nous acceptons les paiements par Pass Culture pour les jeunes de 16 et plus. Les vacaf ne sont utilisables que sur des séjours.

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 inscrit : ou

Réduc de 10€ au 2e atelier dans la même semaine -
réduction non cumulable, une seule par famille.

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 à l'association l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés éventuellement pour le compte de mon enfant.»

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 :



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



motsetregards@gmail.com



09 72 43 50 38



Motsetregards.org