

**AIDE AUX DEVOIRS 2023-2024**

* CE1 au Lycée - Mardi entre 16h45 et 18h au Toit du Mot
* CE1 au Lycée - Samedi de 10h à 11h30 au Toit du Mot

L’enfant est libre d’arriver à n’importe quelle heure durant ces plages horaires mais ne peut rester qu’**une heure au maximum** (exception faite pour les 3e et lycéens en cas de devoirs importants ou d’examens).

**Participant :**

| Nom : |  | Prénom: |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de naissance : |  |  |  |
| Âge : |  | Classe : |  |
| 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 : |
| --- |
| Tél. portable |

**Modalités d’inscription :**

1. **Adhésion à l’association, valable sur l’année 2022-2023**

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

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

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

1. **Participation annuelle** :

❑ 20€

Paiement : ❑ 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 :