

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

Stage “Des sens en moins”

Le Toit du Mot, rue Courte à Saint-Denis

26, 27, 28 août 2024

Participant :

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Âge : Classe :

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 :

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

20 €

Coefficient CAF	Moins de 400	Moins de 600	Moins de 810	Plus de 810
Montant à régler	5€	10€	15€	20€

Paiement : Chèque N° _____ Banque _____
 Chèque N° _____ Banque _____
 Espèces

 12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis

 09 72 43 50 38

 motsetregards@gmail.com

 Motsetregards.org

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 :



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



motsetregards@gmail.com



09 72 43 50 38



Motsetregards.org