

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

ATELIERS TOUT-PETITS 2024-2025

Bains de mots pour marmots 0/3 ans - Maximum 10 enfants

- Mercredi de 9h30 à 10h15 à **Choisel** (3 à 4 assistantes - max 10 enfants)
- Mercredi de 10h30 à 11h15 à **Choisel** (3 à 4 assistantes - max 10 enfants)
- Vendredi 10h à 10h45 à **Choisel** (3 à 4 assistantes - max 10 enfants)
- Samedi de 10h à 10h45 à **Choisel max 10 enfants**

Le petit orchestre littéraire 3 à 5 ans (maternelle) - Max 10 enfants

- Samedi 11h à 12h à **Choisel** - atelier en famille

Participant :

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Est autorisé(e) à rentrer avec :

Peut-être confié à :

Coordonnées du représentant légal :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

mère

Adresse :

Ville :

CP :

Saint-Denis

Tél. portable :

Tél. domicile :

Mail :

Personne à contacter en mon absence :

Tel. portable :

Coordonnées assistantes maternelles

Nom :

Prénom :

Portable :

Courriel :



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



motsetregards@gmail.com



Motsetregards.org

L'enfant est sous la responsabilité de l'adulte qui l'accompagne. Le personnel de l'association n'est pas autorisé à gérer les potentiels traitements médicaux.

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 CAF

Tarifs des ateliers :

Coefficient CAF	Moins de 400	Moins de 600	Moins de 810	Plus de 810
Montant à régler	45€	70€	100 €	150€

- Réduction d'1 trimestre = 1/3 du tarif de base
- Réduction de 10 euros pour un deuxième enfant inscrit

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

Montant payé :

Paiement : Chèque N° _____ Banque _____
 Chèque N° _____ Banque _____
 Espèces Bon Ville / CAF

« Je, soussigné(e), _____ autorise les responsables de l'association à donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires à mon enfant et/ou à moi en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien. » :

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 ou le mien. »

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 et de moi pendant les activités auxquelles nous participons 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