

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

# FRANÇAIS AU QUOTIDIEN

## 2024-2025

- Mardi entre 14h et 15h30 à **Choisel**
- Jeudi entre 19h30 et 21h au **Toit du mot**

### 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 :

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

20€

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

Espèces



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



[motsetregards@gmail.com](mailto: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 à 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](mailto:motsetregards@gmail.com)



09 72 43 50 38



Motsetregards.org