

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

# ATELIER MANGA 2024-2025

*ouverts dès 8 participants*

- 8/10 ans (10 personnes) **3 samedis par mois de 10h à 11h** - Manga au **Toit du mot**
- 11/15 ans (10 personnes) **3 samedis par mois de 11h à 12h30** - Manga au **Toit du mot**

## Participant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Est autorisé(e) à rentrer seul(e) :  OUI  NON

Autorisé à partir avec :

Peut être confié à :

## 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 :

**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€



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



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



Motsetregards.org

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

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

C) Bons CAF « Pass'Loisirs » acceptés pour la totalité de leur montant.

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

*Tarif des ateliers :*

Coefficient CAF	Moins de 570	De 571 à 750	Plus de 750
Montant à régler	100 €	150 €	170 €

Réduction de 10€ au 2e atelier / Montant payé : .....

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

Maladies et allergies à signaler : \_\_\_\_\_

Projet d'accompagnement Individualisé :  OUI  NON



12 place du Caquet, 93200 Saint-Denis



09 72 43 50 38



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



Motsetregards.org

**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