

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



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



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



09 72 43 50 38



Motsetregards.org