

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de membre :

N° de pièce :

N° bordereau banque :

## AIDE AUX DEVOIRS 2024-2025

- CE1 au Lycée - Mardi entre 16h45 et 18h au Toit du Mot
- CE1 au Lycée - Mercredi entre 14h et 15h30 à Choisel
- CE1 au Lycée - Samedi de 10h à 11h au Toit du Mot

L'enfant est libre d'arriver à n'importe quelle heure durant ces plages horaires mais ne peut rester qu'**une heure au maximum** (exception faite pour les 3e et lycéens en cas de devoirs importants ou d'examens).

### Participant :

Nom :  Prénom:   
Date de naissance :   
Âge :  Classe :   
Est autorisé(e) à rentrer seul(e) :   
ou avec :   
Il 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

### 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

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

Espèces

### B) Participation annuelle :

20€

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

Espèces

## 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 :** \_\_\_\_\_

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.



### 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