

NOM :	PRENOM :
Nom de responsable légal (pour les - de 18 ans) :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	

COORDONNEES	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Email :

STAGE(S)	
Activité :	Animateur :
Jour :	Lieu :
Horaires :	
Activité :	Animateur :
Jour :	Lieu :
Horaires :	

PAIEMENT	
Montant des stages :	Cotisation individuelle (20€) : <input type="checkbox"/>
1 -	Cotisation familiale (25€) : <input type="checkbox"/>
2 -	Montant total :
3 -	

MODALITES DE PAIEMENT	
Payable à l'inscription auprès de l'animateur ou du bureau.	
Prélèvement automatique : Fournir un RIB	1 chèque : N° de chèque :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPORTANT :

- Un minimum de participants est nécessaire pour ouvrir ou maintenir un stage ...
- La majorité des ateliers impliquent du matériel et des frais supplémentaires à la charge de l'adhérent.
- Aucun remboursement ne sera effectué en cas de désistement (sauf cas de force majeure).

Signature Adhérent :	Atelier du Rempart :

Pour des raisons de sécurité et de prévoyance à l'égard de nos élèves mineurs, nous avons décidé de vous faire remplir ce formulaire. Il doit être signé par une(des) personne(s) disposant de l'autorité parentale sur l'(es)enfant(s).
Merci de votre compréhension.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) DE(S) L'ENFANT(S)	
Mme :	M. :
ADRESSE :	
TEL MOBILE :	
MAIL :	
Merci d'indiquer les situations familiales particulières qu'il serait nécessaire que l'animatrice culturelle connaisse.	

PERSONNES A CONTACTER QUI POURRAIENT VOUS JOINDRE SI NECESSAIRE.	
Vous pouvez désigner des personnes à prévenir et qui sauraient vous joindre, mais en aucun cas votre enfant ne sera confié à ces personnes, sauf autorisation signée de votre main.	
NOM/PRENOM :	TEL :
NOM/PRENOM :	TEL :

AUTORISATION MEDICALE	
L'autorisation parentale est utilisée en cas d'extrême urgence ou dans l'impossibilité de vous joindre.	
Je soussigné(e) Mme, M : _____, titulaire de l'autorité parentale, autorise en cas d'urgence les responsables de l'Atelier du Rempart à faire pratiquer tous les soins nécessités par l'état de santé de mon(es) enfant(s) :	
Date :	Signature (père, mère ou tuteur) :

AUTORISATION DE SORTIE :	
Je soussigné(e) Mme, M : _____ autorise mon(mes) enfant(s) : _____ à sortir seul(s) de stage(s).	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

AUTORISATION D'ACCOMPAGNEMENT	
Je soussigné(e) Mme, M : _____ autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon (mes) enfant(s) : _____ à la sortie de stage(s) de l'Atelier du Rempart et/ou en cas de nécessité pendant l'atelier.	
NOM/PRENOM/TEL :	LIEN AVEC L'ENFANT :
NOM/PRENOM/TEL :	LIEN AVEC L'ENFANT :
Date :	Signature (père, mère ou tuteur) :