

**ATELIER : JEU D'ACTEUR**



**11 – 14 ans**

Intervenant : *Rozen TREGOAT*

**Du 08/04 AU 12/04/2019 avec tournée**

Coût de l'activité : **95 €**

**PERSONNE MAJEURE (Adhérent)**

**NOM** ..... **Prénom** ..... **Né (e) le**  
 .....  
**Adresse** .....  
 .....  
 .....  ..... **Fidélisation**  1ère **ou** nombre années .....  
**Mél** ..... **Situation familiale**..... **Sexe**.....  
 Scolaire     Etudiant     Retraité     Demandeur d'emploi     Actif

**PERSONNE MINEURE**

**NOM DE L'ENFANT** ..... **Prénom** .....  
**Né (e) le** ..... **Sexe** ..... **Lien de parenté** .....

**AUTORISATION PARENTALE A COMPLETER AU VERSO >>>>>>>>>>>>>>>>**

Adhésion Participative à 5 € (au nom des parents si enfant de moins de 16 ans)

**REGLEMENTS DE L'ACTIVITÉ :** (Chèques à lister avec dates de remises en banque les 15 ou les 30 du mois)

€  
 1. ....€ Encaissement .....  
 2. ....€ Encaissement .....

Dispositif « Sortir ».....  
 ANCV.....  
 Espèces.....

☞ *J'AUTORISE La Paillette à utiliser des clichés photos pris lors des activités pour ses propres besoins de communication*  
 ☞ *Je RECONNAIS avoir pris connaissance que les informations recueillies me concernant font l'objet d'un traitement automatisé déclaré à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Les informations recueillies sont réservées à l'usage exclusif de La Paillette ainsi qu'aux administrations la finançant.*

Signature précédée de la mention « LU & APPROUVÉ » Rennes, le ..... 20

# AUTORISATION PARENTALE CONCERNANT LES ENFANTS MINEURS

## SAISON 2016 – 2017

Je soussigné (e) ..... **AUTORISE** ma fille ou mon fils :

**NOM** ..... **Prénom** ..... **Né (e) le** .....

A participer à l'activité .....

-----

### **AUTORISATION MEDICALE**

Coordonnées du médecin traitant .....

..... Tél. : .....

Allergies alimentaires, médicamenteuses, autres :  OUI  NON

Si oui, lesquelles .....

Informations particulières à savoir sur l'enfant // autres recommandations : .....

.....

J'AUTORISE le personnel de La Paillette à faire appel aux services médicaux compétents et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

### **AUTORISATION DE SORTIE**

J'AUTORISE ma fille ou mon fils ..... à quitter seul (e) La Paillette.

OUI  NON

**Si NON**, alors mon enfant sera accompagné de :

M. ou Mme ..... N° Tél. .... Affiliation\* .....

M. ou Mme ..... N° Tél. .... Affiliation\* .....

*\*MERCI de préciser l'affiliation (grands-parents, oncle, tante, nounou, etc .....).*

**La Paillette se dégage de toutes responsabilités concernant la prise en charge des enfants hors des horaires de l'activité. Aussi, IL EST IMPORTANT que les parents s'assurent de la présence de l'intervenant avant chaque séance.**

Signature précédée de la mention « LU & APPROUVÉ »

Rennes, le ..... 2017

