

Nom de l'élève : ..... Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

☎ .....  
.....

E-mail : .....



**PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE BESOIN :**

Nom : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Téléphone : .....

**Professeur : Sébastien LEMOINE**

**Guitare (cours de 1h) :**

- Mardi de 17h30 à 18h30
- Mardi de 18h30 à 19h30
- Jeudi de 17h30 à 18h30
- Jeudi de 18h30 à 19h30
- Vendredi de 18h00 à 19h00
- Vendredi de 19h00 à 20h00

**Professeur : Fabien JOUANNEAU**

**Ados : Atelier (cours d'1h30)**

- Mercredi de 13h00 à 14h30
- Mercredi de 14h30 à 16h00
- Mercredi de 16h00 à 17h30

**Initiation à la Bande Dessinée (9-14 ans)**

- Mardi de 17h00 à 18h30
- Vendredi de 17h00 à 18h30

**Professeur : Claudia BRUTUS**

**Maternels (cours d'1h) :**

- Samedi de 10h00 à 11h00

**Elémentaires (cours d'1h30) :**

- Mardi de 17h00 à 18h30
- Mercredi de 9h30 à 11h00
- Mercredi de 11h00 à 12h30
- Mercredi de 13h00 à 14h30
- Mercredi de 14h30 à 16h00
- Vendredi de 17h00 à 18h30
- Samedi de 11h00 à 12h30
- Samedi de 13h00 à 14h30

Lieu des ateliers : salle n°1 et n°3 des Locaux Rouget de Lisle (51 rue Rouget de Lisle).

- L'inscription à ces cours comporte l'acquisition de fournitures à la charge des élèves.
- **Toute inscription engage l'élève annuellement**
- **Aucun désistement ne pourra être accepté en cours d'année afin de ne pas compromettre le maintien des cours.**



**TARIFS DES COURS 2022/2023**  
(Présentation d'un justificatif de domicile pour les élèves Carrillons)

Durée du cours	Tarif annuel <i>Carrillons</i>	Montant des versements si paiement en 3 fois	Tarif annuel « Habitants hors commune »	Montant des versements si paiement en 3 fois
<b>1h</b>	<b>290 €</b>	1 <sup>er</sup> : 100 € / 2 <sup>ème</sup> : 100 € / 3 <sup>ème</sup> : 90 €	<b>350 €</b>	1 <sup>er</sup> : 150 € / 2 <sup>ème</sup> : 100 € / 3 <sup>ème</sup> : 100 €
<b>1h30</b>	<b>320 €</b>	1 <sup>er</sup> : 120 € / 2 <sup>ème</sup> : 100 € / 3 <sup>ème</sup> : 100 €	<b>380 €</b>	1 <sup>er</sup> : 130 € / 2 <sup>ème</sup> : 130 € / 3 <sup>ème</sup> : 120 €

Un courrier vous rappelant le montant et la date butoir pour le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> versement vous sera adressé en janvier et en mars.

**MODALITÉS DE RÈGLEMENTS**

	Montant reçu	Date de réception	Moyens de paiement :
<input type="checkbox"/> Paiement en totalité			
<input type="checkbox"/> Paiement en 3 fois	1 <sup>er</sup> versement		
	2 <sup>ème</sup> versement		
	3 <sup>ème</sup> versement		

*Chèque à libeller à l'ordre de : Régie SEJ Carrières-sur-Seine*



A défaut de versement, les dossiers impayés seront transmis à la Trésorerie Principale pour recouvrement. La mairie n'aura alors plus aucune possibilité d'intervention sur votre dossier.

**Rappel :** Toute inscription engage l'élève annuellement. Aucun désistement ne pourra être accepté en cours d'année afin de ne pas compromettre le maintien des cours.

**AUTORISATION DE DROITS A L'IMAGE**

Nous autorisons notre enfant à être photographié ou filmé durant les ateliers et portes ouvertes et donnons notre consentement à la diffusion de ces photos ou vidéos sur les supports de communication de la ville (site Internet, Facebook, Twitter : @CarrieresSseine, Carrières Magazine, affiches, plaquettes).

**N.B : signature indispensable des deux parents pour l'autorisation de diffusion de l'image.**

Fait à Carrières-sur-Seine, le

Signature(s) obligatoire(s) :



Nom de l'élève : ..... Prénom de l'élève : .....  
 Date et lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ..... E-mail : .....

### Autorisation de sortie des locaux

Enfant autorisé à rentrer tout seul à son domicile : Oui  Non

Si non, indiquer les personnes habilitées à reprendre l'enfant :

Nom : ..... Téléphone : .....  
 Nom : ..... Téléphone : .....

### Renseignements - Responsables légaux de l'enfant

	Mère / tutrice	Père / tuteur
Noms et prénoms		
N° de téléphone		
E-mail (en majuscule)		
Raison sociale et adresse de l'employeur (pas de sigle)		
Situation particulière (parents séparés ou divorcés, ...)		

### Renseignements médicaux

GRUPE SANGUIN : .....

VACCINATIONS : **B.C.G.** – 1<sup>ère</sup> vaccination ..... Dernier rappel : .....  
**D.T.C.P.** – 1<sup>ère</sup> vaccination ..... Dernier rappel : .....

Problèmes de santé à signaler (convulsions, allergies, asthme etc) : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

### Pouvoir

Je soussigné(e).....autorise l'équipe d'encadrement à donner en mon nom, toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire, d'anesthésie qui serait décidée par le corps médical du centre hospitalier le plus proche et à défaut celui choisi par les parents, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

L'ELEVE (si majeur) - PERE – MERE ou TUTEUR LEGAL (si mineur)  
 Signature précédée de « Bon pour pouvoir »

Carrières-sur-Seine, le

Signature des responsables légaux