



Nom de l'élève : Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Adresse :



..... (des parents)

E-mail :(des parents)

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 2025/2026
(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 « <i>Habitants hors commune</i> »	Montant des versements si paiement en 3 fois
1h	298 €* 	1 ^{er} : 100 € / 2 ^{ème} : 100 € / 3 ^{ème} : 98 €	361 €* 	1 ^{er} : 161 € / 2 ^{ème} : 100 € / 3 ^{ème} : 100 €
1h30	330 €* 	1 ^{er} : 130 € / 2 ^{ème} : 100 € / 3 ^{ème} : 100 €	391 €* 	1 ^{er} : 131 € / 2 ^{ème} : 130 € / 3 ^{ème} : 130 €

***Tarif applicable au 1^{er} septembre 2025.**

Sous réserve d'approbation du conseil municipal dans sa séance du 30/06/2025.

Un courrier ou mail vous rappelant le montant et la date butoir pour le 2^{ème} et le 3^{ème} versement vous sera adressé en janvier et en mars.

MODALITÉS DE RÈGLEMENTS

	Montant reçu	Date de réception	Moyens de paiement :
☐ Paiement en totalité			
☐ Paiement en 3 fois	1 ^{er} versement		
	2 ^{ème} versement		
	3 ^{ème} 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 : @CarrieresSeine, 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

GROUPE SANGUIN :

VACCINATIONS : B.C.G. - 1^{ère} vaccination Dernier rappel :

D.T.C.P. - 1^{ère} 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