

INSCRIPTION Enfants/Ados : Ateliers SIQUEIROS – Année 2025/2026

43 rue du Grand Couvent– 13200 Arles – atelierssiqueiros@gmail.com

ATELIER (Cocher la mention utile)

☐ Enfants du matin ☐ Enfants de l'après midi ☐ Ados du mercredi ☐ Ados du jeudi
☐ Préparation aux écoles d'art

Nom de l'enfant

Date de naissance

Nom du représentant légal :

TELEPHONE :

ADRESSE

COURRIEL :

Le parent doit s'assurer que l'atelier est ouvert et que l'enfant est accueilli par l'intervenant

Autorisez vous le Bureau de SIQUEIROS à vous solliciter en cours d'année afin d'accompagner les enfants des ateliers à des sorties culturelles ; ou à participer à des permanences pour l'exposition de fin d'année.

☐ OUI ☐ NON

PAIEMENT PAR CHEQUE

Cotisation annuelle 220 € + l'adhésion à l'association de 35 €

Carte Jeune de provence ☐ OUI ☐ NON Montant :

Obligatoire : Envoyer la photo de la carte à la Trésorière au 07 69 63 76 03 avant le mois de janvier
Après elle sera refusée

N° du chèque 1 :

Montant

Encaissement Octobre

N° du chèque 2 :

Montant

Encaissement Novembre

N° du chèque 3 :

Montant

Encaissement Décembre

ADRESSE MAIL : J'autorise le Bureau de SIQUEIROS à utiliser mon adresse Mail pour recevoir des informations concernant l'Association :

☐ OUI ☐ NON

Signature

DROIT A L'IMAGE : J'autorise à titre gratuit, l'Association SIQUEIROS, à publier des photos , diffuser des images de groupes ou de l'enfant sur le site WEB et Facebook de l'Association.

☐ OUI ☐ NON

Signature

REGLEMENT INTERIEUR :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association
(Lu et approuvé)

Signature

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM, PRENOM :

Relation avec l'enfant :

Tel. Dom :

Portable :

Travail :

Autre personne autorisée à emmener le mineur : NOM :

Prénom :

J'autorise la personne responsable de l'atelier Siqueiros à prendre toutes décisions nécessaires en cas d'urgence, y compris le transfert à l'hôpital, par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquées toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie.

OUI ☐ NON ☐

Date et Signature :