



# Association Temps Libre

2, avenue de la gare 30190 St-Geniès-de-Malgoirès  
Tél : 04.66.63.14.36 – Courriel : [secretariat@temps-libre.org](mailto:secretariat@temps-libre.org) – Site : [www.temps-libre.org](http://www.temps-libre.org)

## EVEIL MUSICAL Inscription 2023/2024 Intervenante : Elsa Scapicchi

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Age : .....

F  M

Adresse .....  
Code postal ..... Ville.....  
Tél. : ..... Portable : .....  
Courriel : ..... @ .....

### **Responsable de l'enfant**

Nom ..... Prénom.....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville.....  
Tél. (dom) ..... Portable .....  
Courriel : ..... @ .....

**3 à 6 ans** : le vendredi de 17h45 à 18h30 salle Temps Libre

**Cotisation annuelle pour 30 séances : 155 €**

\*\*\*\*\*

**Somme à régler dès l'inscription** (chèque à l'ordre de l'Association Temps Libre).

Vous avez la possibilité de régler en 3 fois. Encaissement le 10 octobre, 10 janvier et 10 avril. Vous avez également la possibilité de régler en coupon ANCV.

### **REGLEMENT INTERIEUR**

**Les adhérents s'inscrivent dès le départ pour une année entière** et s'engagent à suivre régulièrement les cours (30 séances).

**Seuls les cours non assurés par l'association sont soumis à un remboursement.**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-dessus.

J'autorise l'association Temps Libre à me photographier et où me filmer dans le cadre des activités de l'association :

Oui  Non

Date

Signature

⇒ Tourner la page



# Association Temps Libre

2, avenue de la gare 30190 St-Geniès-de-Malgoirès

Tél : 04.66.63.14.36 – Courriel : [secretariat@temps-libre.org](mailto:secretariat@temps-libre.org) – Site : [www.temps-libre.org](http://www.temps-libre.org)

## Autorisations du Responsable de l'enfant

Je soussigné(e)

.....

- \***Autorise** : mon enfant à participer à l'activité
- \***Autorise** : que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'association TEMPS LIBRE
- \***Autorise** : les personnes suivantes à récupérer mon enfant en cas d'indisponibilité de ma part et décharge l'Association Temps Libre de toute responsabilité (une pièce d'identité sera demandée) :

.....  
.....  
.....

- \***Autorise** : mon enfant à partir :

**Heure** : .....

Et reconnais avoir été informé(e), que **mon enfant sera sous mon entière responsabilité et que l'Association Temps Libre décline toute responsabilité dès lors que les responsables autorisent leur(s) enfant(s) à rentrer seul(s) ou à être récupéré(s) par un mineur.**

- \***Autorise : le transfert à l'hôpital par un service d'urgence** pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence uniquement toute hospitalisation, ou intervention chirurgicale y compris une anesthésie, intervenant durant la période d'accueil ;

**Nom et Prénom du signataire :**

.....

Date : .....

Signature