

1. Information

Le sexe de l'enfant :

M F Entendant(e) Sourd(e) Malentendant(e)

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Âge :

Ecole fréquentée pendant l'année 20...../20..... :

Classe :

Photo d'identité

Coordonnées des parents ou des représentants légaux :

Père Mère Tuteur/trice

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postale : Ville :

Portable : Tél. :

Mail (**Obligatoire**) :

2. Choix de l'atelier (Cocher la case correspondante)

ATELIER MENSUEL (15 heures)

KIDISIGNE

3. Tarifs (Cocher la case correspondante)

FRAIS DE STAGE

ATELIER MENSUEL (15 heures)

| | | |
|--------------------------|------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Individuel | 120,00€ |
| <input type="checkbox"/> | Réduit* | 108,00€ |

*Réduction de 10% pour les fratries (à partir de l'inscription du 2ème enfant).

COTISATION ANNUELLE (Chèque obligatoirement séparé) **5,00€**

4. Récapitulatif

Possibilité de règlement en 3 fois sans frais pour l'inscription à l'année.

Détail du règlement : à l'ordre de Visuel-LSF Auvergne-Rhône-Alpes

| Cotisation annuelle | 5,00€ |
|-------------------------|-------|
| Chèque frais de stage 1 | |
| Chèque frais de stage 2 | |
| Chèque frais de stage 3 | |
| Total | |

Pièces à joindre

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Une photo d'identité (Prénom, Nom en titre du doc.) | <input type="checkbox"/> | Le chèque de cotisation (postal ou bancaire) |
| <input type="checkbox"/> | Le présent formulaire d'inscription | <input type="checkbox"/> | Le(s) chèque(s) de frais de stage |
| <input type="checkbox"/> | La fiche de renseignements concernant votre enfant | | |

Dossier à renvoyer par mail : contact.rhonealpes@visuel-lsf.org
ou par courrier à : Visuel-Langue des Signes Française Auvergne-Rhône-Alpes

Conditions générales

L'atelier est ouvert aux enfants dès 6 ans.

INSCRIPTIONS

Les frais de cotisation à l'association (5 euros) doivent être réglés au moment de l'inscription. Compte-tenu du nombre limité de places, l'atelier ne peut garantir le nombre de places disponibles en dehors des réservations à l'année.

ABSENCE

Concernant les stages-vacances, une réservation bloque la place d'un autre enfant. Merci de prévenir de l'absence de votre enfant au moins une semaine à l'avance. En cas d'absence non prévue, toute réservation est due.

CONDITIONS D'ANNULATION

Si l'annulation intervient plus de 15 jours avant l'atelier ou le stage, le dossier est retourné aux parents et aucun paiement n'est dû. En cas d'annulation moins de 15 jours avant l'atelier ou le stage, Visuel-LSF facturera 30% du prix total de l'atelier (somme correspondant à l'acompte). Si l'annulation intervient le 1er jour ou en cas d'atelier ou de stage, le montant de l'atelier sera dû en intégralité (sauf cas de force majeure). Dans l'éventualité où l'effectif minimal ne sera pas atteint, Visuel-LSF se réserve le droit d'annuler l'atelier ou le stage 6 jours au moins avant le début de l'atelier. Le montant versé serait alors intégralement remboursé.

CONDITIONS D'APPLICATION DES OBJECTIFS

Les activités proposées et les moyens mis en œuvre veilleront à faciliter la prise de conscience :

- de la place d'une communication en LSF dans le temps d'atelier ou de stage, volonté des enfants entendants de s'imprégner et d'acquérir les bases d'une pratique LSF.
- d'une grande tolérance et une meilleure acceptation des différences chez les enfants entendants et formateurs(trices).

REGLES DE VIE AU SEIN DE L'ATELIER OU DU STAGE

- Respecter les horaires de l'atelier, du stage.
- Respecter le matériel mis à disposition.
- Ranger le matériel en fin d'activité.
- Respecter les enfants et les formateurs-trices sourds.
- Communiquer dans le silence.
- Se déplacer calmement dans la salle.
- Se laver les mains avant et après chaque activité.

En cas de non-respect des règles de vie et d'une perturbation persistante de la part d'un enfant, l'association se réserve le droit d'exclure l'enfant temporairement ou définitivement.

Les enfants ne peuvent être accueillis en cas de fièvre ou de maladie contagieuse. Un enfant ne pourra quitter seul l'atelier que sur l'autorisation écrite du responsable de l'enfant. Le règlement est remis à toute personne inscrivant un enfant à l'atelier.

En cochant cette case je déclare avoir pris connaissance des conditions générales que j'accepte. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le présent formulaire.

Date :

J'autorise Visuel-LSF à utiliser mes coordonnées afin que je sois informé(e) des éventuels événements en lien avec la LSF et/ou Visuel-LSF.

Signature :

1. Votre enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postale : Ville :

Recommandation particulières
(allergies, asthme, antécédents médicaux, traitement en cours) :

Nom et adresse du médecin traitant :

Responsable civile : Oui Non Individuelle accident : Oui Non

Compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance :

Photo d'identité

2. Coordonnées des parents ou des représentants légaux

| | Père | Mère | Tuteur/Trice |
|-------------------------------|------|------|--------------|
| Nom et prénom | | | |
| Tél. Portable | | | |
| Adresse mail | | | |
| Profession et lieu de travail | | | |
| Adresse complète | | | |

(Joindre une photocopie de leur pièce d'identité)

3. Personnes à contacter en cas d'urgence (si différentes des parents ou représentants légaux)

Joindre une photocopie de leur carte d'identité avec une autorisation (écrite au dos) des parents de l'enfant ou de la personne responsable de l'enfant.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Portable : Tél :

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Portable : Tél :

Lien avec l'enfant :

4. Personnes habilitées à venir chercher le stagiaire mineur (si différentes des parents ou représentants légaux)

Joindre une photocopie de leur carte d'identité avec une autorisation (écrite au dos) des parents de l'enfant ou de la personne responsable de l'enfant.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Portable : Tél :

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Portable : Tél :

Lien avec l'enfant :

5. Autorisation (Cocher la case correspondante)

Je soussigné(e) Père, mère ou responsable du stagiaire mineur,

- Autorise les médecins ou les pompiers à intervenir si l'état de santé de mon enfant se détériore.
- Autorise la personne désignée du paragraphe 3 à venir chercher mon enfant en cas de nécessité.
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

Fait à : le :

Signature :