

Fiche Adh  rent 2025-2026

Atelier : DESSIN-BD (pour enfants et adolescents à partir de 12 ans)	Professeur : Wilfrid DURAND
---	------------------------------------

NOM : **Prénom** :

Adresse :

Code Postal **Ville**.....

Date de Naissance :

Téléphone : Domicile

Portable (père) : Portable (mère) :

Travail (père) Travail (mère) :

Courriel (père) :

Courriel (mère) :

Médecin traitant :    :

TARIFS			
<u>Adhésion</u> <u>CCLER</u>	1 enfant	20 à/an*	Réglée le :
	2 enfants d'une même famille	35 à/an	Réglée le :
	3 enfants d'une même famille	45 à/an	Réglée le :
<u>Cotisation</u> <u>ATELIER</u>	1 enfant	150 à/an*	Réglée le :
	2 enfants d'une même famille	147 à/enfant/an.	Réglée le :
	3 enfants d'une même famille	144 à/enfant/an.	Réglée le :

***Etablir quatre chèques à l'ordre du CCLER :**

Pour un enfant, un chèque de 20 à pour l'adhésion et trois chèques de 50   pour la cotisation



Droit à l'image d'une personne mineure

Je soussigné(e)

.....

Demeurant.....

Représentant(e) légal(e) de l'enfant :

Nom.....Prénom.....

Né(e)le/...../..... A.....

Demeurant.....

Autorise le CCLER à capter et à exploiter, à titre gracieux, l'image de l'enfant nommé(e) ci-dessus (photos, vidéos) dans le cadre des activités du CCLER.

Les photos pourront être publiées sur le site internet ou Facebook.

Ainsi que chaque fois qu'il sera nécessaire pour promouvoir l'association.

Fait à Le

« Lu et approuvé »

Signature du représentant légal

Autorisation parentale

Je soussigné(e)

Demeurant à

Responsable légal de l'enfant.....

En cas de maladie ou d'accident de mon enfant, j'autorise les responsables de l'association à prendre les dispositions urgentes nécessitées par son état (appel du médecin, SAMU, pompiers, hospitalisation...).

Fait à Le

« Lu et approuvé »

Signature du représentant légal

REGLEMENT INTERIEUR

DESSIN-BD Enfants/Ados Année 2025-2026

Professeur : Wilfrid DURAND

Jour : Le jeudi de 17h30 à 19h30 (pour les enfants de 12 à 17 ans)

Lieu : Salle Amandine

En aucun cas, la responsabilité du CCLER n'est engagée en dehors des heures normales des cours.

TARIFS	Adhésion au CCLER (Assurance, secrétariat). *Etablir le chèque à l'ordre du CCLER	1 enfant de moins de 18 ans. 2 enfants d'une même famille 3 enfants d'une même famille	20 €/an* 35 €/an 45 €/an
	Cotisation atelier Dessin A régler à l'inscription Etablir 3 chèques de 50€ à l'ordre du CCLER	1 enfant 2 enfants d'une même famille 3 enfants d'une même famille	150 €/an* 147 €/an/enfant 144 €/an/enfant

Les cotisations restent acquises au CCLER quel que soit le nombre de cours auxquels l'adhérent aura participé.

SECURITE :

Les parents (ou responsable) doivent s'assurer que le professeur soit présent avant de déposer leur enfant.

Le cours se terminant à 19h30, le professeur n'est plus responsable des enfants confiés.

- Une décharge de responsabilité sera signée par les parents (ou responsable).
- Toute absence devra être signalée au secrétariat du CCLER.

DISCIPLINE :

L'atelier Dessin-BD n'étant pas une garderie, le professeur se réserve le droit de remettre en cause l'inscription de l'enfant non motivé par l'activité ou trop indiscipliné.

Le CCLER n'est pas responsable de la perte d'objets personnels.

Avant de débiter toute activité, l'enfant devra protéger sa table avec **une toile cirée** fournie par le professeur. A la fin du cours, cette toile sera nettoyée, puis roulée et rangée. Les élèves pourront utiliser le lavabo commun pour nettoyer leurs pinceaux et palettes à condition de les nettoyer après chaque usage.

- Le port d'une blouse ou grande chemise est **recommandé**.

SERVICE SANTE : En cas d'accident ou de malaise et en l'absence des parents (ou responsable) de l'enfant, le médecin traitant (ou disponible) ou les pompiers seront prévenus.



(à découper et à remettre au secrétariat)

Je soussigné(e)

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du CCLER (Club Culturel de Loisirs, d'Expressions et de Créations), concernant l'atelier DESSIN-BD Enfants/Ados pour l'année 2025-2026.

Date : Signature : (des parents ou responsable)

Médecin traitant :

NOM ☎