7 - ENGAGEMENT ET SIGNATURE

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) du participant, déclare :

- avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et de la charte pédagogique de l'association ;
- autoriser mon enfant à participer aux activités d'A.R.T.E.L.I.S LAB ;
- certifier l'exactitude de toutes les informations renseignées dans la présente fiche.

Fait à : _____ Le : _____

Signature du représentant légal (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

Règlement	**Espèces** ☐	**Chèque 1** ☐ À encaisser le	**Chèque 2** ☐ À encaisser le	**Chèque 3** ☐ À encaisser le
	€	**€**	**€**	**€**

FICHE PARTICIPANT ENFANT / ADOLESCENT

Photo svp

Année scolaire 2026 – 2027

Ces informations sont strictement confidentielles. Elles sont utilisées uniquement pour assurer la sécurité et le bon suivi de votre enfant. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données.

1 - INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe : _____ École fréquentée : _____

Adresse complète :

_____

Code postal : _____ Ville : _____

2 - REPRESENTANTS LEGAUX

- Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone principal : _____Téléphone 2 : _____

Email : _____

Adresse (si différente de l'enfant) :

_____

- Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Téléphone principal : _____Téléphone 2 : _____

Email : _____

Adresse (si différente de l'enfant) :

_____

3 - PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

En dehors des représentants légaux, les personnes majeurs suivantes sont autorisées à récupérer l'enfant :

N°1, Nom / Prénom : _____ Tél. : _____

N°2, Nom / Prénom : _____ Tél. : _____

N°3, Nom / Prénom : _____ Tél. : _____

4 - INFORMATIONS MEDICALES ET DE SANTE

Ces informations sont obligatoires pour garantir la sécurité de votre enfant. Elles sont traitées avec la plus stricte confidentialité et ne sont consultées qu'en cas de nécessité.

Votre enfant est-il atteint d'une allergie connue ?

⚠ Contre-indication : joindre certificat médical

☐ NON

☐ OUI - Précisez :

_____

Votre enfant suit-il un traitement médical en cours ?

☐ NON

☐ OUI — Précisez (nom du médicament, posologie, conditions d'administration) :

_____

_____

Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques ou un accompagnement particulier ?

☐ NON

☐ OUI - Précisez (Neurodivergence, Handicap, Hypersensibilité, PAP, PPRE, etc.) :

_____

_____

_____

Médecin traitant : _____ Téléphone du médecin : _____

Mutuelle / Assurance : _____ N° de contrat : _____

5 - ATELIER(S) CHOISI(S)

Cochez le ou les ateliers auxquels votre enfant est inscrit. Tarif indiqué : cotisation annuelle « Grand Paris Sud » (GPS) ; hors GPS et non-membres : +15% (voir Règlement intérieur, Art. 5).

Planning et tarifs à jour au 12/07/2026 - susceptibles d'évoluer à la rentrée de septembre 2026. Un enfant peut être inscrit à plusieurs ateliers ; merci de cocher toutes les cases concernées.

	Ateliers	Publics	Jours & horaires	Tarifs GPS	Tarifs hors GPS
☐ ☐ ☐	**Labo. d'arts créatifs**	Maternelle MS · GS	Mer. 10h-11h00 Jeu. 17h-18h00 Sam. 10h-11h00	**210 €**	241€
☐ ☐	**Atelier Liberté créative**	Primaire CP · CE1 · CE2	Mar. 17h-18h15 Mer. 11h00-12h15	**220 €**	253€
☐	**Atelier Créatif Junior**	Primaire CE2 · CM1 · CM2	Ven. 17h-18h15	**220 €**	253€
☐ ☐	**Atelier Cinéma d'animation**	Primaire CE2 · CM1 · CM2 Collège 6e · 5e · 4e	Mer. 14h-15h30 Mer. 15h30-17h30	**230 €** **250 €**	264€ 287€
☐	**Atelier Effets spéciaux**	CM2 → 5e	Lun. 17h-18h30	**230 €**	265€
☐	**Atelier Découvertes**	Collège 6e · 5e · 4e 4e · 3e · 2nde · 1ère	Mar. 18h15-19h45 Ven. 18h30-20h00	**230 €** **230 €**	265€
☐ ☐	**Atelier BD / Manga**	Collège 6e → 3e Primaire CE2 · CM1 · CM2	Jeu. 18h-19h30 Sam. 11h-12h30	**230 €**	265€
☐	**Atelier Découvertes**	4e · 3e · 2nde · 1ère	Ven. 18h30-20h00	**230 €**	265€

6 - ACCOMPAGNEMENT DEPUIS L'ECOLE D'ÉTIOLLES (PERISCOLAIRE)

L'association propose de récupérer votre enfant à la sortie du groupe scolaire Hélène SANDRÉ (vers 16h30) pour l'accompagner jusqu'à la Maison des Associations. Votre enfant pourra prendre son goûter (que vous lui aurez fourni 😉) avant de commencer l'atelier.

J'autorise l'association A.R.T.E.L.I.S LAB à récupérer mon enfant à la sortie de l'école :

☐ OUI, j'autorise cet accompagnement

☐ NON, je n'en ai pas besoin

Mon enfant est autorisé à rentrer seul à son domicile après l'atelier :

☐ OUI - j'en prends la pleine responsabilité à compter de la fin de la séance

☐ NON