



## INSCRIPTION à l'atelier d'expression théâtrale en allemand Groupe 2 - dès le CE1

Les 10 séances d'expression théâtrale en allemand auront lieu le lundi de 16h à 17h30, dans le gymnase de l'école P. Picasso à Obernai de janvier à mars 2019 :

7, 14, 21, 28 janvier - 4, 25 février - 4, 11, 18, 25 mars

Spectacle le 25 mars 2019

Le tarif est de **75€ par enfant** pour les 10 séances + 20€ d'adhésion pour l'année 2018-2019. L'association Kinderlaterne prend en charge une partie du coût total de la prestation et vous fait bénéficier d'un tarif préférentiel.

Responsables : ZIMMERMANN Cécile - Tél. : 06-35-32-24-63 ou Tél. : 06-81-62-41-53

[theatre.kinderlaterne@gmail.com](mailto:theatre.kinderlaterne@gmail.com)

✂-----  
J'inscris mon (mes) enfant(s) :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ... / ... / ...  Fille  Garçon

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ... / ... / ...  Fille  Garçon

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. : ..... - ..... - ..... - .....

e-mail: .....

**Je règle la somme de 75 euros par enfant :**

**75 € X ... = ..... € +20€ (pour les non adhérents) Par  chèque  espèces**

A envoyer à : KINDERLATERNE - 8, square St Charles, 67210 OBERNAI

### Fiche de renseignements

	<u>Père :</u>	<u>Mère :</u>
Qui a l'autorité parentale ? Nom et Prénom	.....	.....
+ Adresse (si différente) :	..... .....	..... .....
Tél. :	..... - ..... - ..... - .....	..... - ..... - ..... - .....
Tél. portable :	..... - ..... - ..... - .....	..... - ..... - ..... - .....
Courriel :	..... @ .....	..... @ .....
Tél. professionnel :	..... - ..... - ..... - .....	..... - ..... - ..... - .....

#### En cas d'accident, prévenir :

Père /mère..... Tél. : ..... - ..... - ..... - .....

Médecin de famille : ..... Tél. : ..... - ..... - ..... - .....

*En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.  
La famille est immédiatement avertie par nos soins.*

#### Personne habilitée, en plus des parents, à venir chercher l'enfant :

Nom : .....	Prénom : .....	Lien de parenté : .....	Tél. : .....
Nom : .....	Prénom : .....	Lien de parenté : .....	Tél. : .....

**Autorisation de publication d'image :** Durant l'année, il est possible que votre enfant, seul ou en groupe, fasse l'objet de prises de vue.

- Autorisez-vous cette prise de vue ?  Oui  Non

- A l'occasion de reportages sur les activités de l'association, autorisez-vous cette diffusion ?  Oui  Non

**En cas d'observations particulières** que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'association (allergies, traitements en cours, port de lunettes, précautions particulières à prendre...) cocher cette case  et écrire au dos de la feuille.

**IMPORTANT : Veuillez signaler tout changement intervenant en cours d'année.**

Date :

Signature du père :

et/ou de la mère :