



# INSCRIPTION à l'atelier "Konversation auf Deutsch für Kinder " / Vivre et parler allemand groupe CM1/CM2

**Date :** le lundi . Début des cours le 19 septembre.

**Horaire : de 16h30 à 17h30**

**Lieu :** Centre Arthur Rimbaud, 2 avenue de Gail à Obernai. (jusqu'au début des travaux, à préciser ultérieurement pour la suite).

L'inscription est annuelle mais le règlement se fait par cycle de 5 séances.

**Tarif = 30 € par enfant pour un cycle de 5 séances + 10€ d'adhésion pour l'année 2022-2023.**

Responsable Kinderlaterne : Jehanne Arhanchiague - Tél. : 06-19-88-26-90 / Professeur : Maria Teissier

-----  
X-----

J'inscris mon (mes) enfant(s) : Konversation auf Deutsch für Kinder CM1/CM2

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 30 euros par enfant :

30 € X ... = ..... € + 10€ (pour les non adhérents) Par  chèque  espèces

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

## Fiche de renseignements

Qui a l'autorité parentale ? Nom et Prénom	<u>Père :</u> .....	<u>Mère :</u> .....
+ 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 :**