

**Pour toute information**

Accueil espace Schiffers du lundi de 13h30 à 18h au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 19h  
Ou sur rendez-vous - Tel : 01 55 66 02 02 - E-mail : [espacesculturels@bois-colombes.com](mailto:espacesculturels@bois-colombes.com)

**Lieux d'accueil**  
**Espace Duflos**  
79 rue Charles-Duflos  
**Espace Schiffers**  
79 rue Charles-Chefson

COMPLÉTEZ CE DOCUMENT ET RASSEMBLEZ LES PIÈCES NÉCESSAIRES  
Déposez-le ou envoyez-le par courrier à l'espace Duflos ou à l'espace Schiffers

**IMPORTANT :**

Les inscriptions sont validées suivant les effectifs. Le dépôt de dossier ne vaut pas acceptation.

Seuls les dossiers complets seront pris en compte.  
Après vérification par le bureau administratif des espaces culturels, vous recevrez un courriel de confirmation.

*Merci de remplir lisiblement ce tableau*

**PARTICIPANT AUX ACTIVITÉS CULTURELLES** (REMPLEZ UNE INSCRIPTION PAR PARTICIPANT) :

NOM ET PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE MOBILE : .....

ÂGE : ..... ET DATE DE NAISSANCE : .....

E-MAIL du mineur /adulte : .....

*Ces données seront uniquement utilisées pour des échanges la direction de l'action culturelle en lien avec ces inscriptions.*

**LISTE DES ACTIVITÉS SOUHAITÉES**

**ACTIVITÉ 1 :** ..... **Code : (A renseigner par l'administration)**

**Choix 1**

**Validé (A renseigner par l'administration)**

**PROFESSEUR :** ..... **JOUR / HORAIRE :** ..... **LIEUX :** ..... ☐

**Choix 2**

**PROFESSEUR :** ..... **JOUR / HORAIRE :** ..... **LIEUX :** ..... ☐

**ET/OU**

**ACTIVITÉ 2 :** ..... **Code : (A renseigner par l'administration)**

**Choix 1**

**Validé (A renseigner par l'administration)**

**PROFESSEUR :** ..... **JOUR / HORAIRE :** ..... **LIEUX :** ..... ☐

**Choix 2**

**PROFESSEUR :** ..... **JOUR / HORAIRE :** ..... **LIEUX :** ..... ☐

*À remplir si le participant est mineur :*

| PARENT 1 DU MINEUR :                                            | PARENT 2 DU MINEUR :                                            |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| NOM ET PRÉNOM .....                                             | NOM ET PRÉNOM .....                                             |
| ADRESSE : .....                                                 | ADRESSE : .....                                                 |
| .....                                                           | .....                                                           |
| TÉLÉPHONE MOBILE : .....                                        | TÉLÉPHONE MOBILE : .....                                        |
| E-MAIL utilisé sur votre espace famille «boisco d-clic» : ..... | E-MAIL utilisé sur votre espace famille «boisco d-clic» : ..... |
| .....                                                           | .....                                                           |

**PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :**

NOM ET PRÉNOM : .....

LIEN DE PARENTÉ : .....

TÉLÉPHONE MOBILE : .....

NOM ET PRÉNOM : .....

LIEN DE PARENTÉ : .....

TÉLÉPHONE MOBILE : .....

**AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE**

J'autorise la ville de Bois-Colombes à utiliser pour ses publications (journal municipal, programmes, affiches, site de la ville...) les photos prises pendant les activités organisées par le service ☐ **OUI** ☐ **NON**

**RECEVOIR LA NEWSLETTER**

Je veux recevoir STRAPONTIN, la newsletter bi-mensuelle de la culture ☐ **OUI** ☐ **NON**

*À remplir si le participant est mineur :*

**AUTORISATIONS PARENTALES DE SORTIE**

J'autorise mon enfant âgé de 7 ans révolus, à rentrer seul à la fin de l'activité ☐ **OUI** ☐ **NON**

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

*(Ces personnes doivent présenter une pièce d'identité et être âgées de + de 15 ans.)*

NOM ET PRÉNOM : .....

TÉLÉPHONE MOBILE : .....

NOM ET PRÉNOM : .....

TÉLÉPHONE MOBILE : .....

**UN BESOIN SPÉCIFIQUE ?**

Vous ou votre enfant demandez une attention ou un aménagement particulier (difficulté d'apprentissage, déficit moteur, sensoriel, psychique...) pour la pratique d'une activité culturelle ? ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui et afin d'organiser au mieux un parcours artistique, nous vous proposons de prendre rendez-vous auprès de Marie-Laure Flahaut : [m.flahaut@bois-colombes.com](mailto:m.flahaut@bois-colombes.com)

**RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES CENTRES CULTURELS**

J'ai pris connaissance du règlement intérieur des centres culturels et je certifie exactes les informations ci-jointes.

Fait à Bois-Colombes le .....

Signature

**MODE DE RÈGLEMENT ET FACTURATION**

**IMPORTANT** : Les Espaces Culturels ne récupèrent aucun règlement

☐ **EN 1 VERSEMENT**☐ **EN 10 MENSUALITÉS** (pour faciliter le paiement)☐ Je suis déjà en prélèvement automatique ;☐ Je ne suis pas en prélèvement alors j'inscris le nom et l'adresse **du payeur pour l'année scolaire 2023-2024** :

NOM ET PRÉNOM DU PAYEUR : .....

ADRESSE : .....

*A NOTER : la personne désignée ci-dessus s'engage à régler chaque facture mensuelle ou annuelle regroupant les activités de la petite enfance, du périscolaire et de la culture (un seul nom par famille.*

*Le règlement peut s'effectuer avant réception de la facture.*

**Signature du payeur (OBLIGATOIRE)**

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont collectées par la direction de l'action culturelle uniquement pour la gestion des inscriptions aux activités et aux stages. Les données sont conservées pendant la durée du traitement de l'inscription.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou les rectifier en contactant le délégué à la protection des données personnelles à l'adresse [dpo@bois-colombes.com](mailto:dpo@bois-colombes.com) ou par courrier à DPO Hôtel de ville 15, rue Charles-Duflos 92277 Bois-Colombes Cedex.*