

**LES  
MERCREDIS  
DE 14H À 16H  
À L'APIJ**

**12-17 ANS**



## PLANNING DES SÉANCES:

SEPT	OCT	NOV	DEC	JANV	FEV	MARS
30	7	4	2	6	2	3 31
	14	18	9	13	24	10
		25	16	20		17
AVR	MAI	JUIN				24
7	5	2				
28	12	9				
	19	16				
	26	23				

## INSCRIPTION "ATELIER THÉÂTRE"

Je soussigné(e) M, Mme .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... En cas d'urgence : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Autorise mon fils, ma fille, à participer aux séances de l'atelier théâtre de l'APIJ qui auront lieu les mercredis de 14h00 à 16h00 organisé au 25 rue Alsace Lorraine. 42130 BOEN SUR LIGNON. C

Par ailleurs, je m'engage à payer:

- 20€ puisque mon quotient familial CAF est inférieur à 750.
- 25€ puisque mon quotient familial CAF est compris entre 751 et 1100.
- 30 € puisque mon quotient familial CAF est supérieur à 1100.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention "lu et approuvé".