



BULLETIN D'ADHESION 2024-25 ATELIERS DE 3H DU MERCREDI

Je, soussigné(e).....
déclare inscrire mon enfant.....
aux cours dispensés par Act&bloom une fois par semaine durant toute l'année scolaire 2024-2025, hormis les vacances scolaires et les jours fériés.

HORAIRES

Les horaires et coûts sont indiqués sur la page suivante. J'ai bien noté que les dossiers complets seront prioritaires et que l'inscription suppose un engagement sur l'année.
Début des cours : 16 septembre 2024 / Fin des cours : 21 juin 2025

MODALITÉS

Je vous envoie ce bulletin d'adhésion dûment rempli, accompagné du règlement à l'adresse postale suivante :
Act&bloom - Isabelle Cadé - 211 boulevard Raspail, 75014 Paris

Je peux également régler par virement bancaire, à l'aide de l'IBAN suivant :
IBAN : FR76 3006 6106 3700 0206 4380 265
CIC PARIS / BIC : CMCIFRPP

Un cours d'essai m'est offert sur demande sous réserve des places disponibles.
Dans ce cas, je réglerai à l'issue du 1er cours par courrier ou par virement bancaire.

DATE DE REMISE DES DOSSIERS D'INSCRIPTION

Pour vous assurer de l'inscription de votre enfant au créneau souhaité, nous vous conseillons de nous envoyer votre dossier complet avant le 15 juin 2024.

Fait à : Le :

Signature des parents (ou représentants légaux) :

ACT&BLOOM

06 88 09 91 37
actandbloom@gmail.com
<https://www.actandbloom.com>

Isabelle Cadé
211 boulevard Raspail
75014 Paris
IBAN : FR76 3006 6106 3700 0206 4380 265



BULLETIN D'ADHESION 2024-25 ATELIERS DE 3H DU MERCREDI

COORDONNÉES

ENFANT

Nom et prénom de mon enfant :

Date de naissance de mon enfant et classe suivie en septembre 2024 :

Mon enfant a-t-il déjà une expérience de l'anglais, ou est-il complètement débutant ?

COURS

CHOISI(S)

Il est conseillé de donner plus d'une option possible. Il me sera alors conseillé de choisir tel ou tel horaire, afin de s'assurer que l'enfant est dans le groupe qui lui convient le mieux et d'optimiser l'homogénéité du groupe.

COURS : JOUR : HORAIRES :

COURS : JOUR : HORAIRES :

COURS : JOUR : HORAIRES :

PARENTS

Nom et prénom Mère de l'enfant :

Nom et prénom Père de l'enfant :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Tel portable Mère : Tel portable Père :

Tel domicile Mère : Tel domicile Père :

Tel Lieu de travail Mère : Tel lieu de travail Père :

MEDECIN

Nom, Adresse, Téléphone :

ACT&BLOOM

06 88 09 91 37

actandbloom@gmail.com

<https://www.actandbloom.com>

Isabelle Cadé

211 boulevard Raspail

75014 Paris

IBAN : FR76 3006 6106 3700 0206 4380 265



BULLETIN D'ADHESION
2024-25
ATELIERS DE 3H DU MERCREDI

AUTORISATION PARENTALE D'HOSPITALISATION ET DE SOINS MEDICAUX

Je, soussigné(e).....

Parent ou tuteur légal de :

Né le :

Autorise Act&bloom à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

Fait à Paris, le :

Signature du parent ou tuteur légal :

ACT&BLOOM

06 88 09 91 37
actandbloom@gmail.com
<https://www.actandbloom.com>

Isabelle Cadé
211 boulevard Raspail
75014 Paris
IBAN : FR76 3006 6106 3700 0206 4380 265



BULLETIN D'ADHESION 2024-25 ATELIERS DE 3H DU MERCREDI

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE - MINEUR

Nous, soussignés,

Madame : Monsieur :

Agissant en qualité de représentants légaux de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Autorisons que notre enfant soit photographié(e) et/ou filmé(e).

Nous permettons* :

- L'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications d'Act&bloom (presse, plaquettes...)
- La diffusion sur le site internet d'Act&Bloom (exclusivement)
- La diffusion sur les réseaux sociaux d'Act&Bloom (exclusivement), à savoir Instagram, Facebook et Newsletter

** Si vous préférez refuser l'une des utilisations ci-dessus, nous vous invitons à la barrer.*

Cette autorisation, délivrée à titre gratuit, peut être annulée à tout moment, sur demande au 0688099137 et à actandbloom@gmail.com.

Fait à : Signature des parents (ou représentants légaux) :

Le :

ACT&BLOOM

06 88 09 91 37
actandbloom@gmail.com
<https://www.actandbloom.com>

Isabelle Cadé
211 boulevard Raspail
75014 Paris
IBAN : FR76 3006 6106 3700 0206 4380 265

HORAIRES PARIS 6ÈME

Jour	Horaires	Lieux	Âge	Niveau	Tarif	Tarif fratrie
MERCREDI MATIN *	8h30 - 11h30	Ste Geneviève	3 - 4 ans	Mixte	1300€	1170€
	8h30 - 11h30		4 - 5 ans	Mixte	1300€	1170€
	8h30 - 11h30		4 - 5 ans	Mixte	1300€	1170€
MERCREDI APRES-MIDI	13h30 - 16h30	Ste Geneviève	3 - 4 ans	Mixte	1300€	1170€
	13h30 - 16h30		5 - 7 ans	Mixte	1300€	1170€
	13h30 - 16h30		8 - 10 ans	Mixte	1300€	1170€
MERCREDI APRES-MIDI	13h30 - 16h30	APE	5 - 7 ans	Mixte	1300€	1170€

Ateliers de la Petite Enfance : 4 rue de Fleurus, 75006

Ecole Sainte Geneviève : 64 Rue d'Assas, 75006

*Ces ateliers sont réservés en priorité aux enfants scolarisés à Sainte-Geneviève, mais nous accueillerons avec plaisir les enfants non scolarisés à Sainte-Geneviève, s'il nous reste de la place.

HORAIRES PARIS 7ÈME

	Horaires	Lieu	Âge	Niveau	Tarif	Tarif fratrie
MERCREDI MATIN *	8h45 - 11h30	La Rochefoucauld	3 - 4 ans	Mixte	1200€	1080€
	8h45 - 11h30	La Rochefoucauld	5 - 6 ans	Mixte	1200€	1080€
	8h45 - 11h30	La Rochefoucauld	7 - 10 ans	Mixte	1200€	1080€

Ecole La Rochefoucauld : 11 rue Cler, 75007 Paris

*Ces ateliers sont réservés aux enfants scolarisés à La Rochefoucauld.