

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLUB RADIO

3 rendez-vous : 20 et 21 décembre / 16 et 17 février / 13 et 14 avril

Au Centre de Ressources Hauts Pays Alps, 3 rue Anatole France, 05400 Veynes

L'activité concerne :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Parent ou responsable légal :

NOM :

PRÉNOM :

Adresse :

Téléphone : ou Portable :

E.mail :

Nom et coordonnées d'une autre personne à contacter en cas de besoin :

.....

Mon enfant participera au.x rendez-vous suivant (cocher la/les cases) :

☐ 20, 21 décembre 2025

☐ 16, 17 février 2026

☐ 13, 14 avril 2026

Projet aidé par la Caisse Commune de Sécurité Sociale - CAF 05

Projet en partenariat avec le Centre de Ressources des Hauts Pays Alps et Ram 05

Programme :

- découverte des **techniques** (journalisme, techniques d'enregistrements, montage, mixage)
- **création sonore**, chroniques, radios trottoirs, reportages, enquêtes de terrain...
- enregistrement de **podcasts**.

Tarif :

50€ pour 1 rendez-vous de deux jours / 120€ pour les 3 rendez-vous. Incluant l'adhésion du participant au Pas de l'oiseau.

L'inscription sera définitive à réception du règlement.

Le règlement est possible en CB, espèce, par chèque à l'ordre de *Le pas de l'oiseau*, en chèques vacances. *Paiement possible en plusieurs chèques (à remettre au moment de l'inscription).*

Je soussigné(e) Mme, M ,

représentant-e légal-e de l'enfant....., déclare avoir bien

pris connaissance des points 1, 2 et 3 ci-dessous :

1 - AUTORISATION DE PRISE DE VUE

Accepte et autorise la prise de photos et images vidéo de mon enfant pendant les ateliers et sorties liés au Club Radio 2025-2026, et leur utilisation sur les supports de communication (plaquette, flyers, Site Internet, réseaux sociaux) du Pas de l'oiseau.

2 - AUTORISATION PARENTALE

Autorise mon enfant à participer à l'activité nommée ci-dessus

Certifie être informé que la responsabilité du Pas de l'oiseau ne peut être engagée en dehors des horaires et lieux des ateliers.

Déclare autoriser le représentant du Pas de l'oiseau, responsable de l'activité, à suivre la décision du corps médical si la nécessité l'exige et à m'en avertir au plus tôt.

3 – ASSURANCE

Atteste que mon enfant est couvert au titre des activités périscolaires par l'assurance :

Compagnie :..... Numéro d'adhérent :.....

Fait à :

Le :

Signature :