



FORMULAIRE D'INSCRIPTION CLUB RADIO



Les **mercredis** 24 septembre, 8 octobre, 5 nov, 19 nov, 3 déc, 17 déc 2025, 07 et 21 janv, 4 fev, 4 mars, 18 mars, 1er avril, 29 avril, 13 mai, 27 mai, 10 juin, 24 juin 2026 (Sorties ponctuelles possibles en plus de ces dates)

De 14h à 17h

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 :

.....

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** et de deux émissions en **direct** et diffusées sur les ondes de ram05.

Tarif :

200€ pour l'année, 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. *Paielement 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 :