



Clinique Mutualiste La Sagesse
4. Place Saint Guénolé / CS 44345 – 35043 RENNES CEDEX

Pour les dates des ateliers se renseigner à l'adresse suivante :
cafeparentslasagesse@gmail.com

Nombre de participants adultes =

Identité des participants :

Maman - NOM de NAISSANCE : NOM USUEL :

PRENOM : DATE de Naissance :

Papa - NOM : PRENOM :

Numéro de téléphone pour vous joindre : / / / /

Adresse mail :@

Si votre enfant est présent :

Son NOM et PRENOM :

Sa DATE de NAISSANCE :

Règlement intérieur

- Afin de respecter l'organisation des ateliers et le groupe, je m'engage à arriver à l'heure pour la séance.
- Tout ce qui se passe au sein du groupe doit rester confidentiel pour que chaque personne puisse s'exprimer.
- Les deux parents peuvent être présents aux séances.
- J'apporte le nécessaire pour changer mon enfant.
- Les parents ont l'entière responsabilité de leur enfant pendant les ateliers, notamment en cas d'incident de toute nature que ce soit.
- L'inscription est validée après réception de ce document complété et avec le règlement par chèque uniquement (à l'ordre de la Clinique Mutualiste La Sagesse) de 12€. (Documents à envoyer à la Clinique, 4 place Saint Guénolé 35043 RENNES en précisant « Atelier Café des Parents »)

Je déclare avoir pris connaissance de ces informations et m'engage à les respecter.
(Merci de cocher, dater et signer)

DATE et SIGNATURE