



ATELIER DÉCOUVERTE

SAY IT LAB

Enfant

• Prénom : Nom :

• Âge:

Date de naissance :

• **Atelier souhaité :**

☐ Emotion Lab

☐ Musical Lab

☐ Drama Lab

Lieu choisi :

☐ École Montessori Roanne – mercredi matin

☐ Centre Socioculturel Le Coteau – samedi matin

A déjà fait de l'anglais ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Un peu

Parent

• Nom du parent :

• Téléphone :

• Mail :

• Personne autorisée à récupérer l'enfant (si autre) :

Infos Utiles

• Allergies ou besoins particuliers :

Autorisation

J'autorise mon enfant à participer à une séance découverte Say It Lab au tarif de 5 euros.

☐ Oui

Signature ou nom pour accord