

Cadre réservé à l'école

<input type="checkbox"/> Classique Ad. Déb.	<input type="checkbox"/> Moderne Ad. Déb.	<input type="checkbox"/> Claquettes	N° d'adhérent :
<input type="checkbox"/> Classique Moyen/Supérieur	<input type="checkbox"/> Moderne Avancé		Certificat médical : <input type="checkbox"/>

NOM – PRENOM :

Date de naissance : / /

Adresse MAIL :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

Tel fixe ou bureau: **Portable :**

Profession : **Employeur :**

N° de sécurité sociale :

N° Allocataire CAF **Quotient familial :**

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

NOM Prénom : **Tel :**

NOM Prénom : **Tel :**

Recommandations particulières :

Je donne l'autorisation à l'Association Art Et Danse de prendre toutes les mesures utiles en cas de soins urgents me concernant :

OUI NON

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOS ET VIDEO

Je déclare autoriser l'association « Art Et Danse » à diffuser sur son site internet, sa page Facebook et autres supports publicitaires, les photos ou vidéos de son choix réalisées lors des cours, des stages, répétitions ou spectacles.

OUI NON

J'ai pris connaissance des conditions générales et les accepte et m'engage à les respecter, ainsi que mon enfant.

Date et signature :