

Cadre réservé à l'école

N° d'adhérent :

Certificat médical :

<input type="checkbox"/> Eveil	<input type="checkbox"/> Class. Prépa 2	<input type="checkbox"/> Classique Ad. Déb.	<input type="checkbox"/> Moderne Avancé
<input type="checkbox"/> Class. Initiation	<input type="checkbox"/> Class. Elém./Moyen	<input type="checkbox"/> Moderne Enf > 9 ans et ado	<input type="checkbox"/> Claquettes
<input type="checkbox"/> Class. Prépa 1	<input type="checkbox"/> Classique Moyen/ Sup.	<input type="checkbox"/> Moderne Ad. Déb.	

NOM – PRENOM de l'enfant :

Date de naissance : / /

ADRESSE de l'enfant :

CODE POSTAL : VILLE :

N° de sécurité sociale :

N° Allocataire CAF Père : Mère :

Quotient familial : Quotient familial :

NOM – PRENOM de la mère :

Adresse MAIL :

ADRESSE si différente de celle de l'enfant :

CODE POSTAL : VILLE :

Tel fixe ou bureau: Portable :

Profession : Employeur :

NOM – PRENOM du père :

Adresse MAIL :

ADRESSE si différente de celle de l'enfant :

CODE POSTAL : VILLE :

Tel fixe ou bureau: Portable :

Profession : Employeur :

Personne à prévenir en cas d'urgence autre que les parents :

NOM Prénom : Tel :

Recommandations particulières (Allergies et autres...) :

Je donne l'autorisation à l'Association Art Et Danse de prendre toutes les mesures utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents : 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 :