



# DANSE TON ART

## FICHE D'INSCRIPTION

### 2020 – 2021



Frais d'inscription : Individuel 20 euros Famille 30 euros

Cotisation annuelle de : .....

Elève  
Nom : ..... Cours : ..... Durée : ..... Class Jazz

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Elève  
Nom : ..... Cours : ..... Durée : ..... Class Jazz

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Elève  
Nom : ..... Cours : ..... Durée : ..... Class Jazz

Prénom : ..... Date de naissance : .....

#### PIECES OBLIGATOIRES DES LE 1<sup>ER</sup> COURS DE REPRISE

- ✓ Fiche inscription complétée
- ✓ Certificat médical obligatoire
- ✓ 1 chèque à part du montant des frais d'inscription
- ✓ 1 ou 3 chèques correspondant au montant total de la cotisation annuelle
- ✓ Règlement intérieur signé par les adhérents et les parents

**Pour tout dossier incomplet  
l'élève se verra refusé en cours de danse pour des raisons évidentes de sécurité.  
Par avance merci.**

#### PARENTS

Nom du père : ..... Nom de la mère : .....

Adresse : ..... Adresse si différente : .....

.....

Tél Port : ..... Tél Port : .....

Adresse mail en maj : ..... Adresse mail en maj : .....

Autres personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant à la fin du cours :

Nom : ..... Téléphone Port : .....

Nom : ..... Téléphone Port : .....

**AUTORISATIONS DIVERSES :**

✓ Je soussigné(e), autorise les membres du bureau DANSE TON ART ou le professeur de danse à faire appel au Samu et/ou à faire hospitaliser mon (mes) enfant(s) si son état le nécessitait.

OUI - NON rayer la mention inutile

✓ Je soussigné(e), autorise la publication de photos de votre enfant et de son nom dans le cadre d'articles de presse ou dans le cadre du gala de danse

OUI - NON rayer la mention inutile

Date : .....

Signature et mention « lu et approuvé » :

Les cours doivent comprendre 10 personnes minimum. Le bureau se réserve le droit de réunir les cours si le seuil n'est pas atteint.

**REMARQUES PARTICULIERES (ALERGIE ALIMENTAIRE OU AUTRE)**

.....

.....

**PARTIE RESERVEE A L'ASSOCIATION**

Adhésion Octobre	Certificat médical	Paiement Annuel Novembre	Chèque Associatif	Remise chèque n°1 Octobre	Remise chèque n°2 Janvier	Remise chèque n°3 Avril

Banque : ..... Titulaire du compte : .....