



BULLETIN D'INSCRIPTION 2020/2021

NOM : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____ Sexe : M F

Coordonnées Elève majeur ou Responsable légal 1 (pour les mineurs)

Nom Prénom _____

N° _____ Rue _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

CONTACT PRINCIPAL POUR LES INFORMATIONS

Responsable légal 2 (pour les mineurs)

Nom Prénom _____

N° _____ Rue _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

REÇOIT AUSSI LES INFORMATIONS

Réservé Association

Certificat médical :

Cours / Professeur : _____

Si tarif dégressif, NOM et Prénom des autres personnes inscrites :

Cotisation 2020/2021 : _____

Cotisation payée : Vers. 1 _____ Vers. 2 _____ Vers. 3 _____

Moyen(s) de paiement : _____

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de _____,

déclare avoir reçu, lu et accepté le règlement intérieur de l'Association Danse Saint André.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de _____,

autorise les responsables de l'association à prendre toutes décisions utiles et à faire pratiquer, en cas d'urgence, toutes les interventions médicales ou chirurgicales qui seraient nécessaires lors des cours, à l'occasion des manifestations organisées ou auxquelles l'association participe, ainsi que lors des déplacements effectués pour ces manifestations, soit en transport en commun, soit en voiture particulière.

En cas d'hospitalisation, je choisis de préférence :

le CHD à La Roche s/Yon la Clinique St-Charles à La Roche s/Yon

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____