

NOM DE FAMILLE

Prénom(s)	Date de naissance	Jour de cours	Horaire

RÉGLEMENT EN 1 fois 3 fois

INFORMATIONS DE CONTACT

Parent 1

Profession

Email

Téléphone

Adresse

Parent 2

Profession

Email

Téléphone

ASSURANCE

Nom de l'assurance N° assuré(e)

AUTORISATION DE SOINS

À remplir obligatoirement pour les élèves majeurs et mineurs

Je soussigné(e)

Père, Mère, représentant légal de

autorise par la présente le professeur responsable à prendre toute mesure médicale urgente en cas de nécessité, et notamment à demander son admission en établissement de soins.

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e)

Père, Mère, représentant légal de

autorise le cours de danse Elisabeth Ducreux à utiliser des images me représentant ainsi qu'à exploiter ces clichés en partie ou totalité. Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants : site internet, journaux, DVD... - Article de loi 9 du code Civil

Date et signature