

FICHE D'INSCRIPTION

| | | |
|---|---------------------|-------|
| Nom du professeur : | | photo |
| Nom et prénom de l'élève : | | |
| Nom des parents (si différent) | | |
| Adresse : | | |
| Code postal : | Tél. domicile : | |
| | Tél. travail : | |
| Ville : | Tél. portable | |
| E-mail parent : | E-mail élève : | |
| | Facebook : | |
| Certificat médical <input type="checkbox"/> Photo <input type="checkbox"/> (obligatoire pour tous) | Date de naissance : | |
| Nom du médecin traitant : Tél. du médecin traitant : | Ets Scolaire : | |



Modalités de règlement

| Forfait année (*) | Trimestre | Carte | Observations |
|---|-----------|-------|--------------|
| Mardi | | | |
| Mercredi | | | |
| Jeudi | | | |
| Vendredi | | | |
| Samedi | | | |
| Pass famille : -10 % non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | | | |
| Nom et prénoms des élèves concernés : | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |

(*) Ayant opté pour le forfait année à un tarif préférentiel, je m'engage à régler la totalité de la somme. (Paiement fractionnable en 3 fois si besoin).

Nota : les abonnements trimestriels sont payables au début de chaque trimestre.

Aucun remboursement ne sera effectué. Un avoir sera mis en place pour raison médicale grave et pour un arrêt supérieur à 1 mois, sur présentation d'un certificat médical.

Les cours de danse sont dispensés selon le calendrier scolaire.

Autorisation parentale :

Je soussigné(e)

- Autorise le professeur de danse ainsi que les responsables de l'école de danse à prendre toutes les décisions d'ordre médical s'il est impossible de joindre à temps les parents ou le médecin traitant.
- Autorise l'école de danse à utiliser sans contrepartie les photos ou vidéos où je figure / où mon enfant figure.

A l'issue du cours, mon enfant :

- rentre par ses propres moyens,
- est repris par..... n° Tél. :

Date et signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :

