



# BULLETIN D'INSCRIPTION

Photo

## ÉLÈVE

## NIVEAU :

NOM (majuscules :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Information santé :

Médecin traitant Nom :

N° Tél :

Parcours/Formation  
annexe :

## REPRESENTANT LEGAL

Nom/Prénom Père :

Mère :

Contact :

Port. Père :

Port. Mère :

Autre ( urgence) :

E.mail :

Profession (facultatif) :

SAISON :

Gaillard

Vétraz-Monthoux

NOM :

COURS :

NIVEAU :

MONTANT A PAYER POUR L'ANNEE :

*J'autorise la prise de photographies et film (captation, numérisation) représentant mon enfant dans le cadre des activités de l'Ecole, et en accepte la diffusion et la publication sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion du « Petit Conservatoire de Danse » (notamment dans la presse écrite, affiches, flyers et site Internet de l'Association).*

*Je reconnais avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'Ecole.*

Fait le : .....

Signature parent :

Signature élève :

À : .....

Cadre réservé Petit Conservatoire

ADHESION			COURS						
	ESP	CHQ	VIR	CHQ	ESP	CHQ. VACANCES ANCV.	CHQ. SPORT ANCV	CHQ. SPORT VILLE DE GAILLARD	TOTAL
TRIM. 1									
TRIM. 2									
TRIM. 3									

NOM DU CHÈQUE :

BANQUE :