



Fiche d'inscription 2023/2024

Nom _____

Prénom _____

Adresse Mail _____

Date de Naissance _____

Adresse _____

Téléphone Maman : _____

Papa : _____

Elève : _____

Professions Parents/Elève : _____

Nombre de cours/semaine : _____

Droits d'Inscription annuels : _____ €

+ Règlement mois de septembre : _____ €

Total : _____

Mode de Règlement choisi à partir d'Octobre :

3 Chèques trimestriels (ou 9 chèques mensuels)

Prélèvement Automatique mensuel (R.I.B+Sepa la 1^{ère} fois)

ENGAGEMENT :

Je m'engage à assister aux cours avec la plus grande assiduité tout au long de l'année, à respecter les consignes et à être présent(e) aux répétitions obligatoires du spectacle les :

- Samedi et dimanche 25 et 26 mai
- Samedi et dimanche 22 et 23 juin
- Filage au Théâtre : mercredi 26 juin
- Générale Théâtre : jeudi 27 juin

Signature :

Pas de cours pendant les vacances mais répétitions assurées lors des jours fériés suivants :

- Samedi 11 novembre
- Lundi 1^{er} avril (Pâques)
- Mercredi 1^{er} mai
- Mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10 et samedi 11 mai (Ascension)
- Lundi 20 mai (Pentecôte)

Toute inscription vaut pour l'année entière.

Un trimestre sera retenu pour tout désistement en cours d'année sauf présentation d'un certificat médical

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DE NON CONTRE INDICATION MEDICALE ET SPORTIVE

Le décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 n'oblige plus la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive. Vous pouvez cependant en faire faire un ou bien remplir un questionnaire pour vous aider à évaluer s'il vous faut consulter un médecin afin de garantir l'état votre état de santé ou celui de votre enfant. La non production du certificat médical relève de votre entière responsabilité.

Je soussigné(e) M/Mme : _____

en ma qualité de représentant légal de (nom du ou des élèves) : _____

Atteste sur l'honneur que mon/mes enfant(s) que je ne présente(nt) à ce jour aucune contre indication médicale et physique à la pratique de la danse. Je m'engage à signaler toute information médicale pouvant remettre en question la pratique de l'activité.

Date / / 2023

Signature du représentant légal précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »