



Fiche d'inscription 2025/2026

Nom _____

Prénom _____

Téléphone Maman : _____

Papa : _____

Elève : _____

Adresse Mail _____

Adresse _____

Date de Naissance _____

Professions Parents/Elève : _____

Nombre de cours/semaine : _____

Droits d'Inscription annuels : _____ €

+ Règlement mois de septembre : _____ €

Total chèque septembre : _____ €

Mode de Règlement choisi à partir d'Octobre :

☐ Chèque : 1 chq annuel, 3 trimestriels ou 9 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 :

- Samedi 25 et dimanche 26 avril
- Samedi 16 et dimanche 17 mai
- Samedi 23 mai

Ainsi qu'aux spectacles les

- Samedi 23, dimanche 24 et lundi 25 mai 2026 au Théâtre E. Feuillère

Signature du responsable :

L'Atelier sera fermé pendant les vacances scolaires mais les cours/répétitions seront assurés lors des jours fériés suivants :

- Mardi 11 novembre
- Vendredis 1^{er} et 8 mai
- Jeudi 14 et vendredi 15 mai (Ascension)

Toute inscription vaut pour l'année entière.

Aucun remboursement en cas de désistement total ou partiel en cours d'année

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 / / 2025

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

Données collectées à l'usage exclusif de L'Atelier de la Danse sans objectif de diffusion autre que des mails d'information.

☐ Je n'autorise pas l'Atelier de la Danse à diffuser photos et vidéos me concernant.