

Je soussigné(e), _____, père-mère-tuteur de _____ :

✓ Autorise l'Association Dansarte par son représentant délégué présent sur place, s'il n'a pas pu me contacter, à prendre toute décision nécessaire en cas de maladie (s), blessure (s), ou d'accident(s) survenus pendant son activité (échauffement, représentations, transport, séjour) **Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qu'il jugerait nécessaire, y compris l'hospitalisation.**

✓ Certifie qu'il/elle n'a **aucune contre-indication à la pratique d'une activité physique.**

✓ L'association à conduire mon enfant dans un véhicule de l'association Dansarte ou un véhicule privé en cas de besoin et dégage la structure de toute responsabilité. Si la case **ramassage scolaire** est cocher mon enfant peut être récupérer à l'école à la fin des cours.

✓ J'autorise l'Association Dansarte à **utiliser des images, photos et vidéos de mon enfant** à des fins pédagogiques, publicitaires ou informatives susceptibles d'être utilisées librement et gracieusement dans des supports ultérieurs ou sur notre site internet.

✓ J'ai bien pris connaissance du **règlement intérieur** et je prends l'engagement de respecter chacune des règles établies.

Fait à Angers le _____

Signature du responsable

Mention « lu et approuvé »



FICHE D'INSCRIPTION MINEUR

N° d'adhésion : _____

N° Carte Fédération : _____

SAISON 202 __ / 202 __

PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) le :/...../.....

Adresse : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Email : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____

134, Rue Saint-Léonard – 49.000 – Angers

Tél. 06.22.74.63.97

Email : dansarte49@gmail.com

Site : <http://dansarte.fr/>

RESPONSABLE 1 ou PERSONNE A PREVENIR

Nom – Prénom : _____

Email : _____

Téléphone : _____

Profession : _____

RESPONSABLE 2

Nom – Prénom : _____

Email : _____

Téléphone : _____

Profession : _____

Coordonnées médicales :

Nom – Prénom du médecin : _____

Téléphone : _____

N° Sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____ N° adhérent : _____

- Mon enfant est autorisé à quitter la structure seul.**
- M. ou Mme _____ est autorisé à récupérer mon enfant.**

ACTIVITE

- Danse Barre au Sol Barre Pilates
 Yoga Danse spécialisée Capoeira Autres

1 Cours : _____ 2 Cours : _____

3 Cours : _____ 4 Cours : _____

RAMASSAGE SCOLAIRE

Intensif de création : 1^{ère} semaine 2^{ème} semaine Les deux

Fevrier : 5 COURS 10 COURS INTENSIF

Avril : 5 COURS 10 COURS INTENSIF

Juillet : 5 COURS 10 COURS INTENSIF

ATELIERS intensif février avril juillet

QF Inf. à 706 Inf. à 1000 Inf. à 2000 Sup à 2001

Carte partenaire 6/17 ans Pass sport

Kit danse 30 € (enfants) Kit danse 20 € (ados) Veste

Taille _____ Pointure _____

PAIEMENT

✓ J'accepte le devis pour un total de _____ payé en _____ fois :

- JUIN JUILLET AOUT SEPTEMBRE OCTOBRE
 NOVEMBRE DECEMBRE JANVIER FEVRIER MARS
 AVRIL MAI

✓ Je verse la somme de l'adhésion et fédération en une fois lors de mon inscription.

- ANCV ESPECES CHEQUE PRELEVEMENT BANCAIRE

Fait à Angers le _____

Mention « lu et approuvé »

_____ signature