

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 Danse spécialisée Capoeira

1 Cours : _____ 2 Cours : _____

3 Cours : _____ 4 Cours : _____

RAMASSAGE SCOLAIRE lundi mardi jeudi vendredi

Octobre : 1^{ère} semaine 2^{ème} semaine Les deux (10/11/23)

Fevrier : 5 COURS 10 COURS INTENSIF

Octobre : 1^{ère} semaine 2^{ème} semaine Les deux (11/05/24)

ATELIERS avec danse sans danse à partir de 5 ans

octobre février avril

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

Kit danse/Uniforme capoeira 50 €

(enfants = justaucorps/legging/chaussons/veste)

(ados = Justaucorps/legging/short/veste) Taille _____

Uniforme capoeira (pantalons/t-shirt) Pointure _____

PAIEMENT

Carte partenaire 5/17 ans Pass sport Pass culture E'jeune

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

ANCV /ANCS PASS CULTURE PRELEVEMENT BANCAIRE

JUIN JUILLET AOUT SEPTEMBRE OCTOBRE

NOVEMBRE DECEMBRE JANVIER FEVRIER MARS

AVRIL MAI

✓ J'accepte le devis pour un total de _____ payé en 1 fois :

ANCV /ANCS ESPECES CHEQUE PRELEV. BANCAIRE PASS CULTURE

Fait à Angers le _____ signature

Mention « lu et approuvé »