



Nom : Prénom :
 Date de naissance : / / Âge :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Email : Email secondaire :
 Nom du responsable :
 Tél. Principal : Tél. Secondaire : Tél. Domicile :
 Autres informations (si nécessaire) :

COURS CHOISIS

Type de danse et niveau	Jour	Horaire

CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat Médical : (articles L231-2 et L231-2-2 du code du sport et R 362-2 du code de l'Éducation)

Votre enfant ou vous-même avez des problèmes de santé (allergies ou autres) ?

Si oui, lesquels :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Numéro de téléphone : Téléphone secondaire :

DROIT À L'IMAGE

Droit à l'image : le soussigné autorise l'Association Attitude à utiliser son image sur tout support dans le cadre de promotion des activités et à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial(site internet, DVD spectacle).

J'accepte que mon image soit diffusée : Oui Non

Pour l'Association Attitude : Frais d'adhésion 12 €

Date de l'inscription : / /

Signature de l'adhérent majeur ou du représentant légal (ainsi que son nom et prénom)

Nom :

Prénom :

Date : / /
Signature :