



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 :