



## FICHE D'INSCRIPTION

(1 par élève)

### SAISON 2024-2025

Photo

**ELEVE** Nom : ..... Prénom .....  
Date de naissance .....

Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable (de l'élève) : .....

**E.mail** : .....

### Cadre à remplir si l'élève est mineur

#### COORDONNEES du PERE

Nom : ..... Prénom : .....  
Portable:.....

#### COORDONNEES de la MERE

Nom : ..... Prénom : .....  
Portable:.....

#### Personne(s) autorisée(s) à accompagner l'enfant (autres que les parents ci-dessus):

Nom : ..... Prénom : ..... Nom : ..... Prénom : .....

L'élève est-il autorisé à se rendre et à partir seul de son cours. **OUI** **NON**

**Activité 1** : ..... Tarif : .....€

Jour : ..... Heure : ..... Date de début : .....  
Lieu : ..... Professeur : ..... Date de fin : .....

Parties ombrées réservées à Flashdance

**Activité 2** : ..... Tarif : .....€

Jour : ..... Heure : ..... Date de début : .....  
Lieu : ..... Professeur : ..... Date de fin : .....

Parties ombrées réservées à Flashdance

**Activité 3** : ..... Tarif : .....€

Jour : ..... Heure : ..... Date de début : .....  
Lieu : ..... Professeur : ..... Date de fin : .....

Parties ombrées réservées à Flashdance

Subvention : ..... Adhésion\*(1 par famille) : .....€

\*L'adhésion est déductible des impôts. Autres frais : .....€

**Total** : .....€

Mode de paiement ..... Chèque **En 1 fois** ..... Date de retrait : *Septembre Octobre*  
ou Espèces **En 3 fois**..... *Septembre Octobre Novembre Décembre*  
**Autre** (nous consulter).....  
Rayer la mention inutile

**J'ai pris connaissance du règlement et je m'engage à le respecter et le faire respecter.**

Date : ..... Signature :

Observations :

TSVP

## AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) M., Mme, ..... Autorise le professeur ou un responsable de l'association Flashdance à faire procéder à l'hospitalisation, ou à consulter prioritairement le médecin, (coordonnées ci-dessous indiquées), pour l'enfant : (Nom et prénom de l'enfant)..... si son état de santé le nécessite.  
Nom du médecin traitant : M., Mme : .....

Date : ..... Signature :

Nota :

**L'inscription ne sera effective qu'au retour de la présente feuille d'inscription dûment remplie et signée, accompagnée :**

- du certificat médical obligatoire pour l'activité Danse,
- de la cotisation et du (ou des) règlements datés et signés.
- d'une photo d'identité (ou prise au cours de l'inscription)

**DROIT A L'IMAGE :** En vertu du droit au respect de la vie privée que protège l'article 9 du code civil, le droit à l'image permet à une personne célèbre ou non de s'opposer à la diffusion sans son autorisation de son image en ce qu'elle est un attribut de sa personnalité. En conséquence l'inscription à Flashdance implique de fait l'autorisation de diffusion de l'image des élèves prise au cours de leurs activités.

RETROUVEZ FLASHDANCE SUR INTERNET : <https://www.flashdance-stpierre.com/>

Cadre réservé à *Flashdance*

Paiement 1 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 2 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 3 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 4 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 5 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 6 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 7 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 8 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 9 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
Paiement 10 : .....	Mode : .....	Réf. : .....	Date retrait : .....
: .....			
Autres : .....			