Fiche Adulte

2024 - 2025

RÉSERVÉ À C.A.DANSE

Certificat médical

Date :

INFORMATION DE L'ADHÉRENT

Nom Prénom

Sexe (F/M/NB)

Date de naissance

Numéro de téléphone

Mail

Adresse

Ville

Code postal

PERSONNE À CONTACTER (EN CAS D'URGENCE PENDANT LE COURS)

Nom Prénom

Numéro de téléphone

ACTIVITÉS

ACTIVITÉS	JOUR & HORAIRE

ATTESTATION DES CONDITIONS

Je soussigné(e) .....

- *Autorise qu'il me soit administré tous les soins nécessaires, y compris l'hospitalisation en cas d'urgence.*
- *Prends acte que les places du spectacle de fin d'année sont payantes.*
- *Suis informé(e) que les cours pourront être réorganisés en fonction du nombre d'adhérents.*
- *Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site [lien du site] et m'engage à en respecter les règles.*

SIGNATURE