



Fiche Enfant

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

INFORMATION DU REPRESENTANT LÉGAL

Nom Prénom

Numéro de téléphone

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 soit administré à mon enfant 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 ca-danse.e-monsite.com et m'engage à en respecter les règles.

SIGNATURE