Celi'Art

FICHE D'INSCRIPTION STAGES

NOM : _____ PRENOM :___ _____DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE :_____ _____ PORT parents : _____

Adresse E-Mail_____ PORT élève : _____

ACTIVITE (S) CHOISIE(S) : _____Jour et Horaire_____

En date _____

Je soussigné Madame/ Monsieur…… responsable parental de ……

autorise « L'école Celi'Art, à utiliser les images captées dans le cadre des spectacles ou des cours, à des fins publicitaires (site Internet CELI'ART, facebook, plaquettes, affiches et vitrines).

Décharge médicale *(en cas d'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive)*

Je soussigné (e) … . . .

Décharge L'école Celi'Art, de toutes responsabilités en cas de blessures, malaises ou dommages survenus lors de ma participation ou celle de mon enfant à l'activité.

Lu et approuvé ***Date et Signature :_____***