



CADRE RESERVE A C.A. DANSE


Certificat médical

ADULTE


2023-2024

<input type="checkbox"/>	Aide Couture
<input type="checkbox"/>	Aide Photocopies
<input type="checkbox"/>	Autre

INFORMATIONS SUR L'ADHERENT

Nom	Prénom	M <input type="checkbox"/>	Date de naissance
		F <input type="checkbox"/>	
Adresse			
Ville		Code postal	
Téléphone 			

PERSONNES A PREVENIR (en cas d'accident pendant le cours)

Nom	
Nom	

ACTIVITES CHOISIES

Activité	Jour	Horaire

ATTESTATIONS – DROIT A L'IMAGE

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 <https://ca-danse.e-monsite.com/> et m'engage à en respecter les règles.

SIGNATURE