

FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026
« HELIXES »

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE : Portable 1 :

Portable 2 :

ADRESSE E- MAIL :

PROFESSION (parents pour les élèves mineurs):

DISCIPLINE(S):

RÈGLEMENT : (indiquer le montant de la cotisation et le mode de règlement choisi)

CERTIFICAT MÉDICAL :

PHOTO D'IDENTITÉ (seulement pour les Regards Chorégraphiques FFD):

AUTORISATIONS :

Je soussigné(e), :

- autorise les membres de l'association *HELIXES* à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident et accepte que soit transporté à : hôpital ou clinique (rayer la mention inutile).

- autorise à devenir adhérent de l'association *HELIXES*, à participer aux cours ainsi qu'aux stages ou spectacles proposés.

- autorise l'association *HELIXES* à reproduire et à publier toutes photos ou films où apparaît, pendant les cours, stages ou spectacles durant l'année scolaire; cette autorisation est délivrée au titre de cession du droit à l'image, et ne pourra faire l'objet d'une contrepartie financière

- autorise à quitter seul l'établissement : OUI NON

- engage à respecter le protocole sanitaire établi par l'association

Pour signaler des difficultés d'apprentissage, le suivi d'une rééducation en lien avec ces difficultés, merci de renseigner la case remarques particulières concernant l'élève

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'y conformer.

Remarques particulières :

Date et signature de l'élève majeur, ou des parents pour les élèves mineurs :