



FICHE D'INSCRIPTION

Danse adulte (à compter du 7 janvier)

SAISON 2018/2019

Je soussigné(e) :

Domicilié(e) :

Téléphone : mail (obligatoire)* :

DÉCLARE M'INSCRIRE

né(e) le : à

à l'activité **danse** gérée par la commune de Follainville-Dennemont.

M'ENGAGE À RÉGLER, dès réception de l'appel de cotisation, le montant de l'adhésion à cette activité, sur la base suivante :

Adhérents intra-muros

Groupe	Temps	Coût normal
adulte	1h15	100 €

Adhérents extra-muros

Groupe	Temps	Coût normal
adulte	1h15	250 €

Aucun remboursement ne sera effectué suite à un arrêt volontaire de l'adhérent, sauf cas de déménagement ou sur présentation d'un certificat médical.

Nous vous rappelons que les horaires des cours doivent être scrupuleusement respectés et que votre assiduité permet un bon déroulement des cours et du gala.

Pièces à nous transmettre avec la présente fiche d'inscription :

- un certificat médical (valable 3 ans)
- une copie de votre attestation d'assurance responsabilité civile

Tout dossier incomplet sera refusé.

J'autorise la commune de Follainville-Dennemont à utiliser les photos de moi-même dans tous supports de communication oui non

Je soussigné, certifie avoir lu les conditions d'inscription ci-dessus et m'y conformer.

Fait à Follainville-Dennemont, le

Signature :

**Les informations seront communiquées uniquement par mail*

Nota : N'oubliez pas de remplir la fiche sanitaire de liaison au verso

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vous fréquentez l'activité DANSE. Afin de parer à tout problème en cas de blessures, accidents éventuels, nous vous remercions de bien vouloir remplir et nous retourner cette fiche en mairie. Elle nous permettra, en cas de besoin, de vous joindre le plus rapidement possible et renseigner utilement les services de secours et médicaux auxquels nous pourrions être amenés à faire appel.

Le caractère confidentiel de ces renseignements sera respecté.

Nom : Prénom : Age :

Adresse :

autre personne à contacter :

- Allergies éventuelles à certains médicaments ou produits pharmaceutiques :

.....
.....
.....
.....
.....

- Autres renseignements que vous jugeriez utile de nous communiquer (asthme, etc...) :

.....
.....
.....
.....
.....