

RENSEIGNEMENTS

Nom: _____ Prénom: _____
certificat médical ou Cerfa n° 15699*01 Date de naissance (Mineurs): ___/___/___
Nom de la personne responsable: _____ Droit à l'image : oui / non
Adresse: _____
N° de tel portable: _____ Adresse mail: _____
Cours choisis (entourez):

Danse : Eveil mercredi Eveil jeudi Initiation lundi Initiation mercredi CE1/CE2
 CM1/CM2 Ados Adultes ts niveaux Adultes. Impro

Remise en forme: 1/semaine 2 /semaine Illimité Carte 10 cours

Formules: Danse + 1 Gym 2 cours de Danse Illimité Danse+Gym

"Je soussigné.e _____ certifie avoir lu et accepté le règlement de l'école (détaillé au dos) Signature: _____

ECHEANCIER DU PAIEMENT

20€ d'adhésion à inclure au 1er récapitulatif!
À l'ordre : La traversée - Conil

Date encaissement (10-15 du mois)	N° Cheque	Banque	Montant
Septembre	_____	_____	_____
Octobre	_____	_____	_____
Novembre	_____	_____	_____
Decembre	_____	_____	_____
Janvier	_____	_____	_____
Fevrier	_____	_____	_____
Mars	_____	_____	_____
Avril	_____	_____	_____
Mai	_____	_____	_____
Juin	_____	_____	_____

COSTUMES DU SPECTACLE

Especes ou chèque à l'inscription, sans ordre , encaissé en mars
(En cas de non participation au spectacle, prévenir impérativement avant cette date pour remboursement)

Date encaissement	N° Cheque	Banque	Montant
Mars	_____	_____	_____