



Association C'VITAMINE

N° W073002234/Siret 812 140 960 00012

C.Vitamine@hotmail.fr

Facebook : Cvitaminé Danse Soyons

Site internet : <http://cvitamine.wixsite.com/soyons>

Tel : 04.75.80.28.31

PHOTO
OBLIGATOIRE
(Pas
nécessairement
une photo
d'identité)

Enfants :

INSCRIPTION SAISON 2018/2019

Du 10 septembre 2018 au 30 juin 2019

(Hors vacances scolaires et jours fériés)

Informations à compléter par l'adhérent :

NOM et Prénom : _____

Né(e) le : _____

Mail des parents : _____

N° Tel. des parents : _____

Adresse postale : _____

ZUMBATOMIC / 4 à 5 ans : Ecole Maternelle

Vendredi / 16h45 à 17h35

ZUMBATOMIC / 6 à 8 ans : Ecole Maternelle

Vendredi / 17h40 à 18h30

ZUMBATOMIC / 9 à 12 ans : Salle des Fêtes

Mercredi / 18h30 à 19h15

***Cotisation annuelle :**

105€ : 1 cours / semaine / enfant

Avantage :

* -10% pour l'adhésion de trois membres du noyau familial

* Règlement par coupon Sport ANCV accepté

50€ : pour un cours supplémentaire / semaine

Fiche d'inscription accompagnée du règlement par chèque (libellé à l'ordre de C.Vitaminé)

Certificat médical (voir au dos) dûment complété et signé par le médecin

2 enveloppes timbrées et libellées à votre nom (pour les nouveaux adhérents)

L'association se réserve le droit d'annuler ou modifier les cours en fonction de la demande et de la disponibilité des salles

1 / Je soussigné(e)..... (Mère, père ou tuteur légal) de l'enfant.....

l'autorise à participer au cours de Danse, et m'engage à laisser mon enfant le temps du cours et à venir le chercher à l'heure prévue de fin de cours.

2 / Je soussigné (e)autorise C.Vitaminé à diffuser l'image de mon enfant qui pourrait être prise au cours de danse, que ce soit dans un bulletin ou sur un site internet. (Rayer la mention inutile)

OUI

NON

3 / Je soussigné (e).....(Mère, père ou tuteur légal) autorise la professeure à faire prendre en charge mon enfant.....par les services médicaux compétents (Samu, Pompiers....) en cas d'accident, qui pourrait intervenir pendant le cours. Prévoir des vêtements de sport, des baskets et une gourde.

Signature :

L'inscription est prise en compte avec un dossier complet.

Informations à compléter par l'association :

Fiche d'inscription réceptionnée le :

Paiement effectué :

en partie

en totalité

Date(s) et montant(s) d'échéance(s) :

Moyen :

Chèque(s)

montant(s) :

numéro(s) :

Facture N°

envoyée par mail le :

remise en main propre le :

CERTIFICAT MEDICAL

Délivré à la demande du patient et remis en main propre au patient ou à son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, pour faire valoir ce que de droit.

A _____

Le _____

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie après examen _____

que : M, Melle _____

Doit être dispensé(e) d'Education Physique et Sportive

Pendant _____ jours, à compter du _____

Ne présente pas à ce jour, de contre-indication à la pratique de :

Zumbatomic

Signature :