

INSCRIPTION 2024-2025 Danse-Études Collège

NOM : **PRÉNOM :**

NÉ(E) le :

ADRESSE :

Code Postal : **Ville :**

E-mail : **tel. Élève :**

tel. Mère :

tel. Père :

En cas d'accident prévenir :

Urgence tel. :

Contre-indications médicales à signaler (allergies...) :

Scolaires/Étudiants

Etablissement :

Classe :

J'atteste sur l'honneur, ne pas présenter de contre-indications à la pratique de la danse et autorise EDAC Lyon à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident.

Je déclare être en possession d'un certificat médical m'autorisant la pratique de la danse. Je m'engage à fournir le certificat au plus tard à la rentrée en septembre.

Je déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur de l'EDAC Lyon

J'atteste que l'élève a souscrit une assurance responsabilité civile. Je m'engage à fournir le certificat au plus tard à la rentrée en septembre.

À :

Signature (parents pour les mineurs) :

Plus la signature au dos du document s'il vous plaît

Le :