



Atelier d'ici danse

NOM

PRENOM

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE

TELEPHONE

Perso :

Portable :

MAIL :

ACTIVITE(S) CHOISIE(S) :

CERTIFICAT MEDICAL (valable 3 ans) :

Je soussigné Nom :

Prénom :

Autorise l'ASSOCIATION D'ICI DANSE à utiliser les photos et vidéos prises en cours, en stage et en spectacle pour la communication (presse, affiches, articles de magazine ou site internet).

Je soussigné(e)avoir pris connaissance du règlement intérieur (*voir au verso*).

D'Ici Danse s'engage à ne pas utiliser vos données personnelles à d'autres fins que celles de l'association.

Date et Signature

