

Atelier d'ici danse



NOM

PRENOM

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

GROUPE :

ADRESSE

TELEPHONE

Fixe :

Travail :

Portable :

MAIL (écrire le plus lisiblement possible) :

CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné(e) Nom Prénom du responsable légal
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) Nom Prénom du responsable légal
autorise l'ASSOCIATION D'ICI DANSE à transporter mon enfant au centre hospitalier;
(les parents étant prévenus dans le même temps)

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