

Nom : _____ Prénom : _____

Date Naissance : _____ Lieu naissance : _____

Adresse : _____

CP _____ Ville : _____

Téléphone Mère : _____

Téléphone Père : _____

Téléphone Elève : _____

Mail Mère : _____

Mail Père : _____

Mail Elève : _____

Pièces à joindre :

Photo d'identité Certificat Médical

Montant Cotisation :

Licence :

Spot 50 :

N° Licence + Mot de passe

Atout :

N° carte + Mot de passe

Pass'port :

C Loisir :

Montant à payer

COURS

Eveil : Mercredi Samedi

Classique : Initiation Pointes

Niveau 1 Niveau 2

Niveau 3 Niveau 4

Modern : Enfants Ados

Adultes Inter

Jazz : Initiation Niveau 1

Niveau 2 Niveau 3

Niveau 4 Adultes

Inter

Street Jazz **Broadway**

Claquettes : Enfants Adultes

Avancés

Nombre de cours :

Mode de paiement :

Chèque Virement Espèce

Les parents acceptent que leurs enfants soient pris en photos et mis sur le site internet de l'association : aespetitpas.fr Oui Non

PETITPAS

Nom : _____ Prénom : _____

Date Naissance : _____ Lieu naissance : _____

Je soussigné, M ou Mme _____ parents de _____

autorisent l'Ecole du Spectacle Petit-Pas à faire transporter par les pompiers et
hospitaliser leur enfant en cas de blessure lors de l'activité de danse au CHPC Pasteur

Personne à joindre en cas de problème : _____

Tel de la personne à joindre : domicile : _____ Portable : _____

S'engage à faire les 4 spectacles

Signature