

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date Naissance : \_\_\_\_\_ Lieu naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nombre de cours : \_\_\_\_\_

Téléphone Mère : \_\_\_\_\_

Mode de paiement : \_\_\_\_\_

Téléphone Père : \_\_\_\_\_

Chèque  Virement  Espèce

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

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

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 \_\_\_\_\_

## PETITPAS

Nom : Prénom

Date Naissance : Lieu naissance :

### COURS

**Eveil** :  Mercredi 10h15  Samedi 10h15

**Classique** :  Initiation Mer 9h30

Niveau 1 Mar 18h15  Niveau 2 Mer 14h30

Niveau 3 Mer 17h30  Niveau 4 Sam 11h

**Modern** :  Niveau 1 Mer 15h30

Adultes Jeu 20h30

Niv Inter Mardi 19h30

Niveau 4 Sam 12h30

**Jazz** :  Initiation Mer 11h

Niveau 1 Jeu 18h15

Niveau 2 Mer 16h30

Niveau 3 Mer 18h30

Niveau 4 Sam 13h30

Adultes Jeu 19h30

Inter avancé Mardi 20h30

**Claquettes**  Enfants Ven 17h30

Adultes Ven 19h30  Avancés Ven 20h30

**Street Jazz**  Samedi 14h30  Samedi 15h30

**Broadway**  Merc 19h30