



STAGE VACANCES FÉVRIER AU CENTRE ARTYS

DU 24 au 28 février et du 05 au 07 mars 2025

BULLETIN D'INSCRIPTION

A renvoyer complété et signé par courrier à : ARCADANSE, 1 passage de Vignières 74000 ANNECY

ou par mail à : info@arcadanse.fr

NOM :

PRÉNOM :

NOM DES PARENTS (SI DIFFÉRENT) :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

EMAIL :

TARIFS COURS DE DANSE :

	COURS À L'UNITÉ	5 COURS	10 COURS
TARIFS ÉTUDIANTS (5 COURS COMPRIS DANS LE CURSUS)	<input type="checkbox"/> 5€	<input type="checkbox"/> 25€	<input type="checkbox"/> 50€
TARIFS HORAIRE AMÉNAGÉS	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 90€	<input type="checkbox"/> 160€
AUTRES TARIFS ADHÉSION 10€	<input type="checkbox"/> 22€	<input type="checkbox"/> 100€	<input type="checkbox"/> 180€

MODE DE PAIEMENT :

Chèque à l'ordre d'Association Arcadanse Espèces Chèques vacances CB

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) Mme, M..... Parent ou tuteur de Autorise ma fille/mon fils à participer au Stage de Février organisé par Arcadanse du **24 au 28 février et du 05 au 07 mars 2025**.

J'autorise les organisateurs à pratiquer sur ce stagiaire tous soins ou interventions chirurgicales qui apparaîtraient nécessaires à un médecin qualifié tout en étant prévenu(e), dans la mesure du possible, au numéro de téléphone suivant

AUTORISE / N'AUTORISE PAS

L'association Arcadanse à prendre des photos/vidéos de mon enfant durant le stage. Ces photos/vidéos peuvent être utilisées sur différents supports tels que nos sites Internet, nos réseaux sociaux (Instagram, Facebook) et nos supports de communication (affiches, flyers...).

TOUT STAGE ENTAMÉ EST DÛ, AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA CONSENTI SANS JUSTIFICATIF MÉDICAL.

J'AI PRIS CONNAISSANCE DU RÈGLEMENT DU STAGE

JE M'ENGAGE À RÉGLER LA TOTALITÉ DU STAGE AVANT LE PREMIER JOUR

SIGNATURE DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL

