

# FICHE D'INSCRIPTION ARTYS 2017-2018

NOM DU PROFESSEUR

BW DT MV ATB AB

NOM

PRENOM

NOM DES PARENTS (si différent)

ADRESSE

CODE POSTAL - VILLE

TEL FIXE

TEL PORTABLE

EMAIL PARENTS

EMAIL ELEVE

DATE DE NAISSANCE

ETS SCOLAIRE

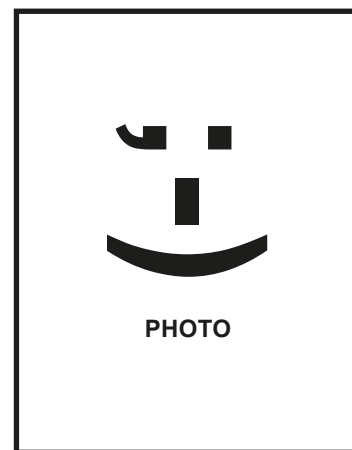
CERTIFICAT MEDICAL  
(OBLIGATOIRE POUR TOUS)

PHOTO

FORFAIT ANNEE

TRIMESTRE

CARTE



LUNDI	PAYE LE
MARDI	
MERCREDI	
JEUDI	
VENDREDI	
SAMEDI	

Ayant opté pour le forfait année à un tarif préférentiel, je m'engage à régler la totalité de la somme.  
(remboursement pour cas grave sur présentation d'un certificat médical)

Je soussigné (e).....  
autorise ARTYS et l'association ARCADANSE, à utiliser sans contrepartie les photos et vidéos, ou je figure et/ou mon enfant figure.

SIGNATURE

DATE

SIGNATURE