

MOUVANCES

Lieu de création et de transmission de la danse

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT MINEUR INSCRIT A UN COURS DE DANSE

Nom : Prénom.....
Sexe : M F Date de naissance...../...../20.... Cours :
Adresse :
.....

Représentants légaux :

Mère Père Autre :
M/Mme
*Tél. domicile : Tél. portable
Tél. professionnel :.....
Adresse mail :.....

Mère Père : Autre :
M/Mme
Tél. domicile : Tél. portable
Tél. professionnel :.....
Adresse mail :.....

Autre personne pouvant être contactée en cas d'urgence

Mme/ M
Tél. domicile : Tél. portable
Tél. professionnel :.....
Lien avec l'enfant :

1- Je m'engage à accompagner mon enfant et à venir le chercher sur le lieu des cours aux horaires **indiqués** et/ou j'autorise :

.....
à accompagner l'enfant nommé ci-dessus au cours auquel il est inscrit et à venir le chercher sur le lieu du cours, en fin de séance.

2- J'autorise l'enfant nommé ci-dessus à sortir seul du cours de danse :

OUI **NON ***

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE

Nom du médecin traitant : Tél :

N° de Sécurité sociale dont dépend l'enfant :

Caisse complémentaire :

Renseignements médicaux concernant votre enfant (allergies, Asthme, Traitement de fond, autres....) que vous souhaitez signaler :.....
.....

En cas d'accident je soussigné-é,
représentant-e agissant en qualité de Mère, Père, Tuteur,* AUTORISE par la présente la Professeur de danse à contacter le service d'urgence (Samu) et/ou faire transporter mon enfant au CHU Pontchaillou, Centre Hospitalier le plus proche. Par ailleurs si l'état de santé de mon enfant l'exige, je donne mon accord pour faire pratiquer par un médecin les soins nécessaires y compris une intervention chirurgicale.

Date

Signature précédée de «lu et approuvé »

- Rayer les mentions inutiles