



ASSOCIATION ESPACE FONTAINE AEF

05, rue de la briqueterie, Z.I Louvres,
rond-point, 95380 Louvres.

David, Professeur de danse : 06.28.98.92.72

@ : aefscoolzoo@gmail.com

FORMULAIRE d'INSCRIPTION à l'AEF

Date:/...../.....

NOM DE L'INITIATION

| ADHÉRENT | | |
|----------|--------|-------------------|
| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Adresse :Code Postal :Ville :

Tél. Adhérent :Tél. Père :Tél. Mère :Tél. Tuteur :

Adresse Mail :

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (avec pièce d'identité) :

M/Mme.....Tél :

M/Mme.....Tél :

M/Mme.....Tél :

L'Inscription à l'AEF sera validée à la rentrée, si le formulaire d'inscription est bien complété et signé, avant le 30 septembre 2024, Merci.

| TARIFS | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Inscription annuelle aux initiations Réduction de - 40 € sur le 2ème cours sous réserve de place | | | | | |
| | INITIATIONS | Inscription Individuelle | | INITIATIONS | Inscription Individuelle |
| <input type="checkbox"/> | Multi Fit | 180 € | <input type="checkbox"/> | Hip-Hop | 160 € |
| <input type="checkbox"/> | Bachata | 170 € | <input type="checkbox"/> | Break dance | 160 € |
| <input type="checkbox"/> | Step | 210 € | <input type="checkbox"/> | Yoga Enfants | 180 € |
| <input type="checkbox"/> | Fit Kids | 160 € | | | |
| <input type="checkbox"/> | Modern Kids | 160 € | <input type="checkbox"/> | Open Training, Break Fit, Accès studio | 40 € |
| <input type="checkbox"/> | Street Jazz Ados | 180 € | <input type="checkbox"/> | Carte Stage annuelle | 10 € |
| <input type="checkbox"/> | Modern Dance | 200 € | | | |
| <input type="checkbox"/> | Heels class | 200 € | | | |

| PLANNING | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI |
| Break Enfants Découverte (6 à 8 ans) 17h 18h | Fit Kids (8 à 14 ans) 17h 18h | Break Enfants Débutant 2 17h 18h | Modern Kids (8 à 11 ans) 17h 18h | Break Inter 17h 19h | STAGES selon planning |
| Break Enfants Débutant 1 (+ de 8 ans) 18h 19h | Yoga Enfants 18h à 19h | Break Scolzoo 18h30 20h30 | Street Jazz Ado 18h 19h | Break Scolzoo 19h 21h | |
| Hip Hop Ados Adultes 19h 20h15 | Step Débutants 19h 20h | | Muti Fit 19h 20h | | |
| Open Training 20h15 22h | Step Inter 20h 21h | | Modern Dance 20h 21h | | |
| | Bachata 21h 22h | | Heels class 21h 22h | | |

- La photocopie de l'assurance scolaire ou
La photocopie de l'assurance Responsabilité Civile,
- Le certificat médical de non contre-indication à la pratique de la Danse (valable 3 ans),
- Ou** Le Questionnaire de Santé (à présenter au médecin si besoin)
- Le droit à l'image signé,
- Le règlement intérieur signé.

Paiement :

Par **CHEQUE** à l'ordre de « **Association Espace Fontaine** »,
d'un montant de :

Vous pouvez payer en 3 fois, si vous donnez tous les chèques à l'inscription.

ou en **ESPECES** d'un montant de :

ou par **VIREMENT** d'un montant de :

Le **droit à l'image** est le droit de toute personne physique de disposer de son image. Il permet à une personne de s'opposer à l'utilisation, commerciale ou non, de cette dernière, au nom du respect de la vie privée.

Avant toute diffusion publique ou privée d'une photographie ou vidéo, par voie de presse ou autre (site web, réseaux sociaux, etc.), le diffuseur doit obtenir l'autorisation de diffusion de la personne concernée.

Je soussigné M/Mme

.....

Autorise que :.....soit

photographié et/ou filmé, dans le cadre de l'initiation danse ou des animations organisées par l'Association Espace Fontaine.

Signature :

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

1/ En cas d'URGENCE :*** Personne(s) à contacter pour TOUS :**

-M/Mme.....Tél. portable :

-M/Mme.....Tél. portable :

*** Pour les ENFANTS :**2/ ALLERGIES à signaler ? Merci de Préciser la conduite à tenir ?

.....

3/ Autres difficultés de santé à signaler ?

.....

4/ Informations complémentaires : L'Adhérent porte-t-il ?

DES LENTILLES

DES LUNETTES (prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHESES AUDITIVES (prévoir un étui au nom de l'enfant)

UN APPAREIL DENTAIRE.

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) :

.....

Autres RECOMMANDATIONS :

.....

3/ Autorisation de soins médicaux :

Je soussigné

M/Mme.....Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'AEF à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Signature :