

Photo

FICHE D’INSCRIPTION 2024/2025

NOM : …………………………………..Prénom :………………………………

Date de naissance :………………………………………………………....................

Profession : ………………………………………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………..

Code postal :……………………………..Ville : …………………………………

N°de  :…………………………………e-mail : ………………………………………..

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE :

Nom :………………………………………. Nom :……………………………………….

Adresse :…………………………………… Adresse : ……………………………………

Téléphone :………………………………Téléphone :……………………………………

MEDECIN TRAITANT :

Nom………………………………………. Téléphone :………………………………………..

Sécurité sociale Mutuelle

N°……………………………………… N°………………………………………………….

Centre :………………………………… NOM/centre……………………………………….

**L’association Mozaïk95 est autorisée à prendre toutes les dispositions s’avérant nécessaires en cas d’accident.**

***Possibilité de versement en trois mensualités, mais l’inscription est annuelle, un droit d’adhésion (obligatoire) de 15€ versé séparément par chèque ou espèce.***

**Un éventuel remboursement ne pourrait avoir lieu que :**

* **dans le cas d’une interruption des cours de notre fait**

**J’autorise l’association mozaik95 à photographier, à filmer mon (mes) enfant(s) et à utiliser ces documents dans le cadre d’une diffusion par mozaik95 sur son site web et tous autres supports de communications.**

Date :…………………………………

Signature des parents (ou de l’adhérent de +de 18 ans ) Précédée de la mention « lu et approuvé »