

Inscription du :/...../.....

RESPONSABLE LEGAL(E).

Nom..... Prénom.....
 Adresse.....
 Code postal..... Ville.....
 Tél. Domicile..... Travail..... Portable.....
 Email.....

ELEVE(S) INSCRIT(S).

Nom	Prénom	Âge	Discipline(s) choisie(s)	Niveau / nb d'années de pratique	Formule tarifaire choisie (voir grille des tarifs)	Solfège	Coût mensuel
Total mensuel							
Total annuel (total mensuel x nb de mois)							
Adhésion à l'association : 15 €							
Total général							

MODE DE PAIEMENT.

- Carte Bleue
- En ligne sur HELLOASSO : retrouvez le lien sur le site des Ateliers : www.ateliersdesarts.com
- Virement(s), le de chaque, sur le RIB des Ateliers :

IBAN : FR76 1027 8023 3900 0203 8760 159 - BIC : CMCIFR2A

- Espèces
- Chèques, au nom de..... pour l'année, à l'ordre de « Ateliers des Arts ».

Merci de ne pas préparer vos chèques à l'avance et de les remettre en main propre à un responsable des Ateliers des Arts.

Fréquence des paiements et montants

septembre	octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril	mai	juin
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

PIECES A JOINDRE.

- Attestation d'assurance responsabilité civile

Compléter et signer les autorisations médicales pour les mineurs, ainsi que l'autorisation de droit à l'image au verso

Je soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et de ses annexes.

A Rieux-Volvestre, le

Signature :



AUTORISATION MÉDICALE POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e), (nom et prénom).....
Responsable légal de(s) (l')enfant(s).....
.....
.....

Adresse.....
.....

Tel domicile.....Tel travail.....Tel portable.....
Médecin de famille.....Tel.....

Autorise les Ateliers des Arts à prendre toutes les dispositions utiles et à diriger mon (mes) enfant(s) vers les services de santé, en cas d'accident survenu dans le cadre des activités aux Ateliers des Arts.

A Rieux-Volvestre, le Signature

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné(e), (nom et prénom).....
Responsable légal de(s) (l') enfant(s).....
.....
.....

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise les Ateliers des Arts, dont le siège est situé au 7 place Monseigneur de Lastic 31310 Rieux-Volvestre, ainsi que ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques de mon enfant ou de moi-même dans le cadre des activités de l'association.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'établissement ATELIERS DES ARTS sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

OUI NON

A Rieux-Volvestre, le Signature