

ECOLE DE MUSIQUE SAINTE-LIVRADE-SUR-LOT
DEMANDE D'INSCRIPTION ENFANT
ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Merci de remplir complètement la fiche et de façon lisible

NOM de l'enfant :

PRENOM de l'enfant:

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

SEXE : M F

ADRESSE:

Père

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

N° domicile..... N° Travail..... N° Portable.....

 Adresse mail@.....

Profession :Employeur :

Mère

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

N° domicile..... N° Travail..... N° Portable.....

 Adresse mail@.....

Profession :Employeur :

Ou responsable légal de l'enfant

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

N° domicile..... N° Travail..... N° Portable.....

 Adresse mail@.....

Profession :Employeur :

N° CAF (Caisse Allocations Familiales)
.....

N° M.S.A (Mutualité Sociale Agricole)
.....

ASSURANCE

Nom de la compagnie :

Responsabilité civile : OUI NON Individuelle accident : OUI NON

INSCRIPTIONS

Nombre d'instrument(s) souhaité(s)

Indiquer votre choix, en numérotant par ordre de préférence l'(es) instrument(s) ou la (les) discipline(s) souhaité(s)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> GUITARE | <input type="checkbox"/> PIANO |
| <input type="checkbox"/> SAXOPHONE (à partir de 7 ans) | <input type="checkbox"/> TROMPETTE (à partir de 7 ans) |
| <input type="checkbox"/> ÉVEIL MUSICAL (5 ans) | <input type="checkbox"/> CHORALE ENFANT |
| <input type="checkbox"/> FLÛTE TRAVERSIÈRE | |
| <i>NB : En plus du cours d'instrument individuel, les cours de formation musicale sont obligatoires et inclus dans le prix.</i> | |

AUTORISATION PARENTALE

DÉPLACEMENTS : J'autorise mon enfant à rentrer seul : OUI NON

Si NON : Nom de la personne autorisée à accompagner mon enfant : **(fournir copie de la pièce d'identité)**

.....

URGENCES :

J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'urgences rendues nécessaires par l'état de l'enfant :

| | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Consultation médicale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Transfert à l'hôpital | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si vous cochez NON aux 3 cases, le responsable de la structure contactera le SAMU (tel : 15) qui prendra les décisions qui s'imposent en fonction de l'état de santé de votre enfant.

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise le personnel de la structure à prendre mon enfant en photo et en vidéo et à les utiliser dans les différentes publications (plaquettes, articles de journaux, bulletin municipal, site internet de la commune...) : OUI NON

Je soussigné(e) (Nom Prénom du responsable)

Responsable légal de l'enfant (Nom prénom de l'enfant)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date

Signature **précédée de la mention « Lu et approuvé »**