THÉÂTRE STÉPHANE GILDAS

INSCRIPTION
Enfants / Ados

Nom :	Prénom :
Né(e) le :	à :
Nationalité :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Portable :
Mail :	
Théâtre : ☐	Camera : ☐

Je soussigné(e), père, mère ou tuteur M
responsable légal de

- autorise mon enfant à participer aux cours Théâtre Stéphane Gildas et autorise l'encadrement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident,
- déclare sur l'honneur avoir souscrit une assurance « responsabilité civile familiale »
- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à lui faire respecter, déclare avoir pris connaissance

Fait à : Le :
Signature (Mention « Lu et approuvé »)