**FICHE D’INSCRIPTION Stages Vacances - Signature obligatoire en fin de fiche**

**A déposer ou à envoyer à Christine Saint-Cricq – 19 av Sorrento 64320 Bizanos avec le règlement**

**20€ l’après midi – 70€/sem. – *(60€/semaine pour les inscrits Bizane saison 17/18)***

|  |
| --- |
| **Matins, après midi et soirées *(du lundi au vendredi)* sur lesquels vous êtes disponible :**  *.......................................................................................................................................................................................................................*  **Activités choisies par ordre de préférence THEATRE & IMPROVISATIONS, COMEDIE MUSICALE, DANSE *(Jazz****,* ***Cabaret, Claquettes, hip hop****)*, **CHANT, STAND UP *(écriture et jeu)***  *......................................................................................................................................................................................................................*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….* |
| **Nombre d’années de pratique dans les activités choisies**  *......................................................................................................................................................................................................................* |
| **Nom, prénom/participant** |
| Etablissement et classe |
| **Date de naissance** |
| **Autres activités pratiquées** |
| **Adresse** |
| **N° de téléphone** |
| **Portables (parents)** |
| **Portable (participant)** |
| **Email (parents)** |
| **Email (participant)** |
| **Nom et prénom du père** |
| **Profession/employeur/tél** |
| **Nom et prénom de la mère** |
| **Profession/employeur/ tél** |
| **Autres personnes à prévenir en cas d’urgence (n° tél)** |
| **Nom et N° tél. médecin** |
| *En cas d’urgence, j’autorise l’intervenant à pratiquer les soins nécessaires au participant et/ou à le transporter à l’hôpital/la clinique (préciser)* |
| **Renseignements médicaux divers** |
| **Activités déconseillées** |
| **Renseignementscomplémentaires***.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................* |

**IMPORTANT : *je joins un certificat médical (pour la danse) –je suis informée que des photo ou vidéos sur lesquelles mon enfant ou moi-même apparaissons peuvent être utilisées pour la communication de la Cie Bizane. SIGNATURE :***