

BULLETIN D'INSCRIPTION

LE STAGIAIRE

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: __ / __ / ____

Instrument: _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE PENDANT LE STAGE

Nom: _____

Prénom: _____

Téléphone: _____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom du responsable légal (pour les mineurs): _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

TARIFS

(chèque à l'ordre de « Bohu-Tohu ou virement bancaire)

- Forfait cours 410€
- Forfait cours 2ème enfant 355€
- Hébergement 300€
- Parrainage - 50€
Nom du nouvel élève parrainé

- Voyage en train aller / retour
- Transport de harpe au départ de
Colombes (tarif: nous contacter)

Total _____ €

30% d'arrhes, soit _____

DÉCHARGE POUR LES MINEURS

- J'autorise Je n'autorise pas

Mon enfant à effectuer les sorties organisées
par les responsables du stage.

DEMANDE D'AUTORISATION

- J'accorde Je n'accorde pas

La permission de diffuser les photos ou films réalisés
pendant le stage sur tout support de communication utilisé
pour la promotion du stage.

- J'ai lu et j'accepte le projet pédagogique**

Fait à _____

Date: __ / __ / ____

Signature

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné(e), Mme, M. _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

N° sécurité sociale _____

Adresse de la CPAM _____

Mutuelle _____

certifie que mon enfant: _____

né(e) le __ / __ / ____

est à jour de toutes les vaccinations obligatoires, et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

MALADIES DÉJÀ CONTRACTÉES

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Autres _____ | | |

ALLERGIES ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

AUTORISATION DE SOIN

- J'autorise les responsables du stage à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident du stagiaire, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

INFORMATIONS MÉDICALES COMPLÉMENTAIRES

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés au recto et au verso de ce dossier.

Signature

Dossier d'inscription à IMPRIMER et à RENVOYER, dûment complété et accompagné de votre règlement à:

Association Bohu-Tohu
Patrice ANTONANGELO
5, rue Boursier
92700 COLOMBES

Le solde doit être impérativement réglé à l'arrivée des stagiaires.

Rappel: le dossier devra être accompagné des pièces suivantes:

- Photocopie de la carte Vitale des parents ou du stagiaire
- Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé