

Madame, Monsieur:		
	NOM	Prénom
Adresse:		
Code Postal:	VILLE:	
Adresse courriel		
Téléphone:	domicile	N° travail du père: .
	portable	N° travail de la mère: .

Inscrit mon(es) enfant(s)	NOM	Prénom	Date de naissance			AGE
			JJ	MM	AAAA	
.	.	.	.	.	.	. ans
.	.	.	.	.	.	. ans
.	.	.	.	.	.	. ans
.	.	.	.	.	.	. ans

Personne susceptible de récupérer mon enfant à la sortie du Centre:

### AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné: 0

tuteur légal de l'enfant .

et de l'enfant .

et de l'enfant .

autorise l'animatrice de l'atelier théâtre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, auprès du médecin ou de l'hôpital et les autorise à pratiquer toutes interventions nécessaires.

J'autorise également mon enfant à utiliser les moyens de transports de l'animatrice pour toutes destinations.

J'autorise également l'association à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités

J'autorise la publication de ces photos sur le site internet ou sur les support imprimés de l'association

Madame, Monsieur:

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'atelier théâtre

demande à adhérer à l'association ARTS 2000.

Fait à VANNES

Le .

ATTESTATION:

OUI / NON

rayez la mention inutile

Signature

Siège social: Maison des Associations - 31 rue Guillaume Le Bartz - 56000 VANNES