

**DEMANDE DE REINSCRIPTION
ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**

AU TITRE D'UNE PRATIQUE AMATEUR

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ LIEU : _____
ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____
TEL. : _____
PORTABLE : _____
E-MAIL : _____

REINSCRIT EN ENSEMBLE : _____

Je soussigné(e) (Nom – Prénom) : _____

déclare : me réinscrire au cours ci-dessus et être informé(e) que je devrai, DES LE MIDIS DE SEPTEMBRE ET JUSQU'AU 9 OCTOBRE 2017, régler le montant des droits de réinscription s'élevant à la somme de 8,00 € + 10,00€/dossier (frais de scolarité). Ces frais de scolarité ne sont pas remboursables et sont dus dès le premier cours.

Cette réinscription **NE COMPORTE PAS DE PERIODE D'ESSAI**, je m'engage à en régler les droits sauf cas de force majeure : déménagement imprévisible, maladie grave de l'élève.

« Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter ».

DATE DE LA REINSCRIPTION : _____

SIGNATURE (du représentant légal pour les mineurs)
Précédée de la mention « LU ET APPROUVE »