

**ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**  
**COUPON-REPOSE A RETOURNER AU SECRETARIAT DU CONSERVATOIRE**

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ parents de l'élève \_\_\_\_\_

acceptent

n'acceptent pas

l'envoi par le conservatoire de tous documents concernant la scolarité de mon/mes enfant(s) exclusivement à mon adresse mail mentionnée ci-dessous :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Madame ou Monsieur (élève adulte) \_\_\_\_\_

accepte

n'accepte pas

l'envoi par le conservatoire de tous documents concernant ma scolarité exclusivement à mon adresse mail mentionnée ci-dessous :

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

**PROJETS DE CLASSE**  
**ANNEE SCOLAIRE 2017 / 2018**

La participation aux projets de classe fait partie intégrante de l'enseignement dispensé, toute absence à ces manifestations devra être justifiée par un cas de force majeure.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature (du représentant légal pour les mineurs)  
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

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

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

**Certificat médical**

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TEL. FIXE ET PORTABLE :

E-MAIL :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE - CLASSE (sept. 2017) :

NOM, PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL : \_\_\_\_\_

PROFESSION DU PERE : \_\_\_\_\_ TEL. EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

PROFESSION DE LA MERE : \_\_\_\_\_ TEL. EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

PROFESSION DE L'ELEVE : \_\_\_\_\_ TEL. EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) : \_\_\_\_\_

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

	Contemporain	Modern-Jazz	Classique	Cycle allégé Nombre de cours/sem.	Danse Hip-Hop
θ Jardin	<u>f 1er cycle</u>	<u>f 1er cycle</u>	<u>f 1er cycle</u>	> 1 cours	8-12 ans
	θ allégé	θ allégé	θ allégé	> 2 cours	θ
θ Initiation	- complet	- complet	- complet	> 3 cours	12-16 ans
	<u>f 2ème cycle</u>	<u>f 2ème cycle</u>	<u>f 2ème cycle</u>		θ
	θ allégé	θ allégé	θ allégé		Adultes
	- complet	- complet	- complet		θ
	<u>f atelier adultes</u>	<u>f adultes</u>	<u>f adultes</u>		

- ✓ 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 m'engage à fournir un **CERTIFICAT MEDICAL LE JOUR DE LA RENTREE**» (sauf pour le jardin et l'initiation)
- ✓ « Je dois m'assurer de la présence du/des professeur(s) avant de laisser mon/mes enfant(s) ».
- ✓ « 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 »



**AUTORISATION D'URGENCE  
ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**

**JE SOUSSIGNE (E)**

Nom et prénom du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. : domicile : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

AUTORISE le directeur ou le personnel du Conservatoire à Rayonnement Intercommunal de la Communauté de Communes du Thouarsais à prendre toute décision nécessaire concernant mon enfant

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

en cas d'urgence relevant d'une hospitalisation ou intervention chirurgicale.

Autre personne à joindre (nom, prénom, adresse et n° tél.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMATIONS MEDICALES**

Nom et prénom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_\_

ALLERGIES : \_\_\_\_\_

TRAITEMENTS EN COURS : \_\_\_\_\_

AUTRES REMARQUES : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Le tuteur légal,  
Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »