

DEMANDE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2018/2019

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

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE - CLASSE (sept. 2018) : _____

NOM, PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL : _____

PROFESSION DU PERE : _____ TEL. EMPLOYEUR : _____
PROFESSION DE LA MERE : _____ TEL. EMPLOYEUR : _____
PROFESSION DE L'ELEVE : _____ TEL. EMPLOYEUR : _____

INSCRIT EN FORMATION MUSICALE : Degré _____

INSCRIT EN INSTRUMENT(S) (1) : _____ Degré : _____
_____ Degré : _____

INSCRIT EN ENSEMBLE : _____

(1) Pour une première inscription en formation instrumentale, indiquer par ordre de préférence les deux instruments qui vous intéressent.

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) : _____
déclare : inscrire mon enfant / m'inscrire au cours ci-dessus et être informé(e) que je devrai, DES LE MOIS D'OCTOBRE 2018, régler le montant des droits d'inscription 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.

«Au-delà de la période d'essai (deux cours), cette inscription est DEFINITIVE et je m'engage à en régler les droits sauf cas de force majeure : déménagement imprévisible, maladie grave de l'élève».

« 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 L'INSCRIPTION : _____

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

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 »

ANNEE SCOLAIRE 2018/2019
COUPON-REPONSE 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 2018 / 2019

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 »