

NOM, Prénom		DATE DE NAISSANCE	
N° , RUE			
VILLE		CODE POSTAL	
E-MAIL <small>(lisible: ponctuation, lettre...)</small>			
TÉLÉPHONE			

- J'autorise... Je n'autorise pas... le CCN à m'envoyer des informations concernant les **ACTIONS CULTURELLES**.
 Je souhaite... Je ne souhaite pas... m'inscrire à la **NEWSLETTER** du CCN.

Je, soussigné(e)

> reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire à titre individuel et personnel une garantie couvrant les dommages corporels que je pourrais subir dans le cadre des activités proposées par le CCN ;

> m'engage à respecter les consignes sanitaires données par l'Etat et par le CCN en présentant un pass sanitaire valide, en portant le masque lors des déplacements dans la chapelle et en utilisant le gel hydroalcoolique mis à disposition.

J'autorise le CCN...

Je n'autorise pas le CCN...

...à réaliser des photos et vidéos sur lesquelles je figurerai dans le cadre strict de ses activités et à diffuser ces photos sur tout support numérique ou graphique pour un usage non commercial, promotionnel et pédagogique.

Date et signature précédé de la mention « **lu et approuvé** » :

Pièces à joindre : certificat médical de non-contre indication à la pratique de la danse datant de moins d'1 an.

En cas d'urgence, les personnes à joindre :

Chapelle Fromentin, 14 rue du collège
 17025 La Rochelle cedex 1

www.ccnlarochelle.com
 contact@ccnlarochelle.com
 Tél. +33(0)5 46 41 17 75