

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)..... ,

> autorise dont je suis le (la) responsable légal(e) à participer à ce training hebdomadaire,

> autorise le CCN, en cas d'accident, à prendre toutes les mesures d'urgence qui apparaîtront nécessaires,

> reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire pour mon enfant stagiaire une garantie couvrant les dommages corporels que mon enfant stagiaire pourrait subir dans le cadre des activités proposées par le CCN.

Je m'engage à ce que mon enfant respecte les consignes sanitaires données par l'Etat et par le CCN en portant le masque lors des déplacements dans la chapelle et en utilisant le gel hydroalcoolique mis à disposition ; puis à partir du 30 septembre, à présenter un pass sanitaire valide.

J'autorise le mineur à quitter **SEUL** l'enceinte du CCN à l'issue de la séance

J'autorise le CCN...

Je n'autorise pas le CCN...

...à réaliser des photos et vidéos sur lesquelles mon enfant figurera 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 du représentant légal n°1
précédé de la mention « **lu et approuvé** »

Date et signature du représentant légal n°2
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