

# Fiche d'Inscription pour la Saison 2023/2024

Association : DANCE-ALL-LIFE  
Affiliation « Sports pour Tous » n° : 18.02.333.17

Les pièces à fournir pour valider mon inscription :

- ❖ La fiche d'inscription remplie **RECTO VERSO** et **signée**.
- ❖ La demande de licence pratiquant, **SPORT POUR TOUS**, remplie et **signée**.
- ❖ Le règlement de la l'adhésion de 25,00 € à l'ordre de DANCE-ALL-LIFE.
- ❖ Le règlement **COMPLET** de l'/des activité(s) choisie(s).
- ❖ Le certificat médical rempli et **signé par le médecin** ou le formulaire *Cerfa n°15699\*01* (Article 8 du règlement intérieur). **Uniquement pour les mineurs**

## ACTIVITÉE(S) CHOISIE(S)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bollywood              | <input type="checkbox"/> Comédie Musicale | <input type="checkbox"/> Multi-danses 4/6 ans |
| <input type="checkbox"/> Ragga débutant - inter | <input type="checkbox"/> Ragga Avancé     | <input type="checkbox"/> Hip-Hop 7/12 ans     |
| <input type="checkbox"/> Cabaret                | <input type="checkbox"/> Step             | <input type="checkbox"/> Zumba®               |

## RÈGLEMENT

DÉNOMINATION	MONTANT
Adhésion	25,00€
Cours	
Remise (hors adhésion)	
AVOIR	❖
	TOTAL : 25,00€ + _____ =

Mode de règlement :

- ☐ Espèces ☐ Chèque ☐ ANCV (sauf pour l'adhésion)

- ❖ Je peux opter pour le règlement en plusieurs fois (uniquement pour les abonnements annuels)
- ❖ (Important : Chaque dossier devra être accompagné du **règlement complet**. Tous les chèques seront encaissés en plusieurs fois.)

**En cas de problème merci de contacter :**  
**Mr/Mme (nom)**

**au (tel)**

Je soussigné(e) .....

Représentant légal de l'enfant (*cas d'une inscription d'une personne mineure*) : .....

Certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association DANCE-ALL-LIFE et en accepter le contenu. En outre, je m'engage à fournir à l'association un certificat médical de moins de trois mois (et/ou mon formulaire *Cerfa N° 15699\*01*) et décharge celle-ci de toutes responsabilités en cas d'accident résultant de mon état de santé.

Je désire avoir une facture : ☐ OUI ☐ NON

Fait à :

Le :

**SIGNATURE**