



STUDIO 26

CANNES

NOM

PRENOM

.....

Photo d'identité

Fiche de l'élève

STUDIO
26

Nom

Prénom

Date de naissance

Age

Adresse

Ville	Code Postal

Tel

Email

Documents à fournir avec ce dossier :



Questionnaire de santé complété
ou certificat médical

☐

Attestation d'assurance
(responsabilité civile)

☐

Cotisation annuelle (30€)
espèces ou CB

☐

Fiche du représentant légal



Nom

Prénom

Adresse

Ville

Code Postal

Tel

Email

Personnes à joindre en cas d'urgence

Nom Prénom

Tel

Nom Prénom

Tel

Nom Prénom

Tel

Nom Prénom

Tel

Questionnaire de santé

DURANT LES DOUZES DERNIERS MOIS

OUI NON

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel, ou un malaise ?

☐☐

Avez-vous eu une respiration sifflante, comme de l'asthme ?

☐☐

Avez-vous eu une perte de connaissance ?

☐☐

Avez-vous arrêté le sport pendant plus de 30 jours pour des raisons de santé, et avez vous repris sans l'accord du médecin ?

☐☐

Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

☐☐

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?

☐☐

Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) ?

☐☐

A CE JOUR

OUI NON

Ressentez-vous une douleur ou une raideur suite à une blessure osseuse, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.)

☐☐

Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

☐☐

Avez-vous du mal à respirer ou la tête qui tourne pendant ou après un effort ?

☐☐

Avez-vous arrêté le sport pendant plus de 30 jours pour des raisons de santé, et avez vous repris sans l'accord du médecin?

☐☐

Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour la pratique du sport ?

☐☐

Avez-vous d'autres problèmes ou précautions de santé à nous signaler vous concernant?

☐☐

Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) ?

☐☐

Nous demanderons aux élèves souffrant de pathologie nécessitant une action immédiate en cas de crise, comme l'asthme, de toujours se rendre aux cours en possession de leur traitement.

Si vous avez répondu OUI à une question ou plus, un certificat médical d'aptitude à la pratique de la danse sera obligatoire.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions, vous n'aurez aucun certificat à nous fournir. Cependant vous devrez remplir la déclaration sur l'honneur ci-dessous :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur.....

Responsable légal de

Né(e) le,

demeurant à

.....

.....

Déclare sur l'honneur avoir coché "NON" à toutes les questions figurant sur l'auto questionnaire médical et atteste n'avoir aucune pathologie connue nécessitant un avis médical pour la pratique de la danse.

Fait à:

Le:

Signature de l'intéressé(e) ou du responsable légal pour les mineurs:

Les cours

STUDIO
26

Nombre de cours par semaine: _____

CHOIX DES COURS

1	
2	
3	
4	
5	
6	

MONTANT ANNUEL DÛ:

CHOIX DU REGLEMENT: ☒ en 1 fois ☐ en 3 fois ☐ en 9 fois

[illegible]

Tout adhérent au STUDIO 26 Cannes abandonne ses droits à l'image dans le cadre de prises photographiques et de vidéos concernant les activités artistiques ou pédagogiques.

La diffusion de ces images sur le site, et les réseaux sociaux du STUDIO 26 Cannes reste à l'appréciation des familles.

☐

J'AUTORISE

☐

JE N'AUTORISE PAS

La diffusion sur les réseaux sociaux ou le site des images ou vidéos prises

Conditions générales d'inscription et règlement Intérieur

ACCEPTATION DES CONDITIONS GENERALES D'INSCRIPTION ET DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et du règlement intérieur du STUDIO 26 Cannes. je m'engage à les respecter, et le cas échéant, à les faire respecter par l'élève mineur dont je suis le représentant légal.

A:

Le :

Signature du Représentant Légal :
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature de l'élève :