



| | | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Chèques à l'ordre de l'EMIL | Sept € | Oct € | Nov € | Déc € | Janv € | Fév € | Mars € | Avril € | Total |
|--|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|-------|

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> espèces : _____ <input type="checkbox"/> Ch.Vacances : _____ Facture éditée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Ch.Culture : _____ Nom et prénom du Payeur |
|--|--|

Nom et prénom de l'élève

Année de naissance :

Adresse :

Si élève majeur(e) :

Tél. fixe: Portable : email :@.....

| Activités musicales | Lieu de pratique | Année de début de pratique | Cotisation due |
|--|------------------|----------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| adhésion | | | 15€ |
| <i>Réduction atelier si cours instrument : 50€</i> | | | |
| <i>Majoration Hors COMCOM pour cours instrument : 100€</i> | | | |
| TOTAL | | | |

Si élève mineur(e) : Autorisation parentale

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Tél. fixe : portable email :@.....

Autre personne à contacter en cas d'urgence tél. :

Je demande l'inscription de mon enfant à l'E.M.I.L. pour l'année scolaire 2017/ 2018

Dans le cas où celui-ci ne pourrait suivre normalement ses cours, j'en informerais le plus rapidement possible l'École en téléphonant au **05.49.61.30.88**. Si l'absence devait se prolonger au-delà d'une semaine, je m'engage à informer le secrétariat de l'E.M.I.L. par courrier au **1, rue du stade, La Passerelle, 86340 Nouaillé-Maupertuis**.

Je dégage l'E.M.I.L. de toute responsabilité envers mon enfant à la sortie des cours ou même en l'absence d'un enseignant, étant entendu que l'E.M.I.L. fait le maximum pour la sécurité des enfants.

J'autorise le responsable ou le professeur chargé des cours à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes les interventions d'urgence selon les prescriptions du médecin. Je m'engage, s'il y a lieu à rembourser les frais médicaux à l'association.

J'accepte par la présente que les photos sur lesquelles figure mon enfant, puissent être utilisées uniquement à des fins professionnelles par l'E.M.I.L. Les photos pourront être publiées, dans la presse locale pour illustrer un article, pour un folder de promotion des activités de l'association, pour agrémenter le site Internet de l'école : www.emil86.fr . En aucun cas, l'association ne cédera les photos visées à des tiers.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école et j'accepte les dispositions qui en découlent.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :