

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## LE STAGIAIRE

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Instrument: \_\_\_\_\_

Niveau: \_\_\_\_\_

## CONTACTS EN CAS D'URGENCE PENDANT LE STAGE

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom du responsable légal (pour les mineurs): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## TARIFS

(chèque à l'ordre de « Bohu-Tohu ou virement bancaire)

- Forfait cours 410€
- Forfait cours 2ème enfant 355€
- Hébergement 240€
- Parrainage - 50€
- Nom du nouvel élève parrainé

- Voyage en train aller / retour
- Transport de harpe au départ de  
Colombes (tarif: nous contacter)

Total \_\_\_\_\_ €

30% d'arrhes, soit \_\_\_\_\_ €

## DÉCHARGE POUR LES MINEURS

- J'autorise       Je n'autorise pas

Mon enfant à effectuer les sorties organisées  
par les responsables du stage.

## DEMANDE D'AUTORISATION

- J'accorde       Je n'accorde pas

La permission de diffuser les photos ou films réalisés  
pendant le stage sur tout support de communication utilisé  
pour la promotion du stage.

- J'ai lu et j'accepte le projet pédagogique**

Fait à \_\_\_\_\_

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné(e), Mme, M. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale \_\_\_\_\_

Adresse de la CPAM \_\_\_\_\_

Mutuelle \_\_\_\_\_

certifie que mon enfant: \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

est à jour de toutes les vaccinations obligatoires, et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## MALADIES DÉJÀ CONTRACTÉES

- |                                       |                                     |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scarlatine   | <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Oreillons  |
| <input type="checkbox"/> Otite        | <input type="checkbox"/> Angines    | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Rougeole     | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Varicelle  |
| <input type="checkbox"/> Autres _____ |                                     |                                     |

## ALLERGIES ET RÉGIMES ALIMENTAIRES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SOIN

- J'autorise les responsables du stage à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident du stagiaire, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

## INFORMATIONS MÉDICALES COMPLÉMENTAIRES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés au recto et au verso de ce dossier.

**Signature**

**Dossier d'inscription à IMPRIMER et à RENVOYER, dûment complété et accompagné de votre règlement à:**

**Association Bohu-Tohu  
Patrice ANTONANGELO  
5, rue Boursier  
92700 COLOMBES**

Le solde doit être impérativement réglé à l'arrivée des stagiaires.

**Rappel: le dossier devra être accompagné des pièces suivantes:**

- Photocopie de la carte Vitale des parents ou du stagiaire
- Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé