

En m'inscrivant j'accepte toutes les conditions qui figurent sur ce formulaire



**Nom/Prénom:**

*(des parents si inscription d'un enfant)*

**Adresse:**

**Mail:** (en majuscules)

*Nous vous transmettons toutes les informations par e-mail*

**téléphone(s) :**

**1- ENFANT- Nom/Prénom:**

**Age:** \_\_\_\_\_ **date de naissance:** \_\_\_\_\_

**2- ENFANT- Nom/Prénom:**

**Age:** \_\_\_\_\_ **date de naissance:** \_\_\_\_\_

**3- ENFANT- Nom/Prénom:**

**Age:** \_\_\_\_\_ **date de naissance:** \_\_\_\_\_

**1- INTITULE ATELIER:** \_\_\_\_\_ **JOUR:** \_\_\_\_\_ **HORAIRE:** \_\_\_\_\_

**2- INTITULE ATELIER:** \_\_\_\_\_ **JOUR:** \_\_\_\_\_ **HORAIRE:** \_\_\_\_\_

**3- INTITULE ATELIER:** \_\_\_\_\_ **JOUR:** \_\_\_\_\_ **HORAIRE:** \_\_\_\_\_

		<b>Je règle le montant de:</b>
<b>Inscription 1er enfant:</b>	-	€
Tarif réduit 2 ème enfant:	-	€
Tarif réduit 3 ème enfant:	-	€
<b>ADHESION:</b>	16,00	€
<b>Frais de Gestion :</b>	3,00	€
<b>Total de votre règlement:</b>		

**Mode de paiement:**  chèque (s)  espèce  chèque vacances:

**MODALITE D'INSCRIPTION**

**1. Joindre au bulletin:**

La totalité du règlement

*Réduction uniquement pour les frateries*

**2. Paiement: chèque(s) à l'ordre de la "Galerie Sonore d'Angers"**

Il ne sera effectué aucun remboursement dans un délai d'une semaine avant le début des ateliers

sauf en cas de force majeure prévu par la loi.

**3. Retourner l'inscription à l'adresse suivante: Galerie Sonore d'Angers, 1 rue du Pin 49000 ANGERS**

**4: Inscription:** En vous inscrivant, vous acceptez les conditions d'inscription.

Toute inscription incomplète sera refusée.

L'adhésion est valable pour la saison de septembre 2017 à juillet 2018. Une adhésion par famille.

Fait à : \_\_\_\_\_ Signature (du père ou de la mère ou du tuteur)

le .. / .. / ....

**ATTESTATION POUR ENFANTS MINEURS**

**Je soussigné(e)** \_\_\_\_\_ **(nom prénom du père ou de la mère ou du tuteur),**

accepte que la Galerie Sonore d'Angers prenne toutes les dispositions nécessaires en cas de

maladie ou d'accident, accepte une décision d'hospitalisation et intervention chirurgicale en cas d'urgence pour mon enfant.

Nom, prénom de l'enfant : .....

Fait à :

le .. / .. / .... Signature (du père ou de la mère ou du tuteur)

