



CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE

Licence B

(Licence loisir)

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Âge :

Adresse :

Code postal : Ville :

Email :

(au besoin, mail des deux parents) :

Nom du responsable :

Tél. Principal : Tél. autre : Tél. :

Autres informations (si nécessaire) :

Nom du parent qui émet le règlement (si différent de celui de l'élève) :

TECHNIQUE ET NIVEAU	JOUR	HEURE

Certificat Médical : (articles L231-2 et L231-2-2 du code du sport et R 362-2 du code de l'Éducation)
 Pour la licence Fédérale, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la danse et datant de moins de trois mois à la date de la prise de licence.

- Votre enfant ou vous-même avez des problèmes de santé (allergies ou autres) ?
 Si oui, lesquels :
- Personne à prévenir en cas d'urgence :

Numéro de téléphone :

Assurance : le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à la note d'assurance consultable sur le site internet de la FFD www.ffdanse.fr - rubrique assurance.

Droit à l'image : le soussigné autorise l'Association et la Fédération Française de Danse à utiliser son image sur tout support dans le cadre de promotion des activités et à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial (site internet, DVD spectacle). Si vous ne souhaitez pas que votre image soit diffusée, cochez la case ci-contre

Droit informatique et liberté : le soussigné dispose d'un droit d'accès et de rectification de ses données personnelles en s'adressant à l'accueil. Les informations sont destinées exclusivement à la FFD et l'Association Terpsichore à des fins non commerciales.

Pour la Fédération Française de Danse : Licence Fédérale 21€

Pour l'Association TERPSICHORE : Frais d'adhésion 19€

} un chèque par règlement

Date de l'inscription/...../.....	Signature de l'adhérent majeur ou du représentant légal (ainsi que son nom et prénom)
--	---