

Les communications de l'école de danse se font par mail, merci d'enregistrer l'adresse culture@saint-gilles35.fr à votre répertoire électronique.

Les cours débutent la semaine du 20/09/2021. Le gala aura lieu samedi 18 juin 2022 à 15 h et 20 h; la présence des élèves est obligatoire aux 2 séances.

Cadre réservé à l'administration :

Date de réception du dossier :

Dossier enregistré :

Paiement par prélèvement : en 3 fois :

RIB transmis :

Bénéficiaire Sortir ! Montant prise en charge: €

Reste à régler : €

Renouvellement (priorité jusqu'au 18 juillet)

1^{ère} inscription (réponse le 10/09/21)

SOUHAIT D'ACTIVITÉ

Modern Jazz

Danse africaine

Cours souhaité :

.....

.....

ÉLÈVE

Nom : Prénom : Sexe : F / M

Date de naissance :

Adresse :

CP Ville :

[Un justificatif de domicile est demandé aux Saint-Gillois](#)

PARENTS OU RESPONSABLES LÉGAUX

destinataire des courriers électroniques de l'école de danse

nom : prénom :

adresse :

.....

cp ville :

tél. portable :

adresse mail* :

2^{ème} parent / responsable légal à contacter si besoin

nom : prénom :

adresse (si différente):

.....

cp ville :

tél. portable :

adresse mail* :

***Toute communication entre vous et l'école de danse se fait par mail ; merci de l'écrire lisiblement.**

FICHE SANITAIRE

Médecin traitant à contacter en cas d'accident ou maladie

Nom : Téléphone :

Difficultés / recommandations diverses :

.....

ASSURANCE INDIVIDUELLE DE L'ÉLÈVE (une assurance responsabilité civile est obligatoire pour l'admission de l'élève aux activités extra-scolaires)

L'enfant est-il assuré pour les activités extra-scolaires ? oui non

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Merci de mentionner les personnes de plus de 16 ans autorisées à prendre en charge votre enfant, en dehors des parents.

J'autorise : M. / Mme N° de tél :

M. / Mme N° de tél :

J'autorise mon enfant à quitter seul l'activité : oui non

DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'exploitation des photographies et extraits vidéo de mon enfant, conformément à l'article 9 du code civil et dans les conditions suivantes : tous usages à des fins de promotion et de communication de l'école de danse (plaquette de présentation, affiches, promotion et site internet). oui non

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

ÉCOLE MUNICIPALE DE DANSE 2021 / 2022

Modalités d'adhésion

TARIFS D'ADHESION :

L'adhésion est annuelle, non divisible, non remboursable en cas de désistement en cours d'année. Pour les nouveaux inscrits, deux cours d'essai sont proposés. Au-delà, sans annulation par écrit de votre part, l'inscription sera considérée comme définitive.

Saint-Gillois : un justificatif de domicile est demandé ; en son absence, le tarif non Saint-Gillois sera appliqué (+ 25 €).

PAIEMENT EN 3 FOIS OBLIGATOIRE :

Le paiement est obligatoire en 3 fois en octobre, janvier et avril. Le montant du costume (5 €) et la majoration pour tarif extérieur (25 €) sont à régler la première fois.

Nouveaux inscrits - 1 ^{er} cours :	Saint-Gillois			Hors Saint-Gilles		
	1	2	3	1	2	3
Eveil (45 min)	51 €	46 €	46 €	76 €	46 €	46 €
initiation - préparatoire (1h)	59 €	54 €	54 €	84 €	54 €	54 €
ados -adultes (1h15 et 1h30)	68 €	63 €	63 €	93 €	63 €	63 €
Danse africaine	63 €	63 €	63 €	88 €	63 €	63 €

MODES DE RÈGLEMENT :

Les règlements sont à effectuer à la mairie début septembre après la validation de votre inscription.

Vous pouvez régler : - par prélèvement (RIB à transmettre),

- en espèces,

- chèque à l'ordre du trésor public (merci d'inscrire le nom de l'enfant au dos du chèque),

- chèques vacances et coupons sport ANCV.

Une facture vous sera envoyée par mail sur demande.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Droit d'adhésion aux activités culturelles - École municipale de danse

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la commune de Saint-Gilles à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la commune de Saint-Gilles. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal ville

Désignation du créancier

Nom :

Commune de Saint-Gilles

Adresse : 4 Rue du Centre

Code postal : 35590

Ville : Saint-Gilles

Pays : France

Désignation du compte à débiter

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

Type de paiement : paiement adhésion

01 fois : le montant sera prélevé le 08/10/21

3 fois : le montant sera prélevé les 08/10, 08/11 et 08/12/21

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant) :

Nom du débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la commune de Saint-Gilles. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la commune de Saint-Gilles.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Questionnaire élaboré par le Ministère des Sports

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) du code du sport

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille

un garçon

Ton âge : ans

Depuis l'année dernière :

OUI

NON

Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.		

Signature des parents ou du représentant légal :