



## ACADEMIE DE DANSE AMBARESIENNE

---

### AUTORISATION PARENTALE

SAISON 2017 /2018

**Nom et Prénom de l'élève :**

.....

Mineurs

Majeur

**Je soussigné(e).....**

**Représentant légal :**

**1°) autorise ma fille ou mon fils à quitter seul la salle de danse du pôle culturel Ev@sion et cela sous ma responsabilité.**

Oui

Non (cocher la case utile)

**2°) autorise les dirigeants de l'association Académie de danse Ambarésienne à prendre ou faire prendre des photos ou à filmer ma fille ou mon fils ou moi – même à l'occasion des activités danse auxquels elle/il ou je participe**

Oui

Non (cocher la case utile)

**3°) Autorise la publication de ces photos/films sur les supports suivants :**

- Affiche présentant un spectacle :  Oui

Non (cocher la case utile)

- Sur la page facebook de l'ADA :  Oui

Non (cocher la case utile)

- Sur le site internet de l'ADA :  Oui

Non (cocher la case utile)

**4°) Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....agissant en tant que parents (ou tuteur légal) ou pour moi-même autorise les dirigeants ou professeurs de l'A.D.A à faire pratiquer sur .....Tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son ou mon état.**

**J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital compétent le plus proche.**

**Fait à ..... le .....**

Signature