



ACADEMIE DE DANSE AMBARESIENNE

AUTORISATION PARENTALE SAISON 2018 /2019

Nom et Prénom de l'élève :

.....

☐ Mineurs

☐ Majeur

Cadre à ne remplir que par le représentant légal pour les élèves mineurs

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°) Je soussigné(e) Madame, Monsieuragissant 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.

Je soussigné(e)

1°) 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)

2°) 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)

Fait à le

Signature