

NOM DE L'ÉLÈVE | _____
(une lettre Majuscule par case)

PRÉNOM DE L'ÉLÈVE | _____
(une lettre Majuscule par case)

Date de Naissance | _____

NOM du PARENT | _____
(si différent de celui de l'élève)

ADRESSE

| _____ |

CODE POSTAL | ____ | ____ | ____ | ____ | VILLE | _____ |

TÉL DU PARENT : | _____ | TÉL 2 DU PARENT : | _____ |

@ EMAIL du RESPONSABLE LÉGAL (Très important, c'est notre moyen de communication privilégié !)

| _____ @ _____ |

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE où l'enfant a suivi les cours de VIOLON :

ECOLE HENRI WALLON

ECOLE EMILE ZOLA

ECOLE FERDINAND BUISSON

ECOLE JEAN MOULIN

Nom et/ou Prénom du professeur de violon : | _____ |

CHOIX DU JOUR DE COURS

MARDI de 17h à 18h

JEUDI de 17h à 18h

MARDI de 18h à 19h

JEUDI de 18h à 19h

Signature du représentant légal

PRÊT DU VIOLON

Je m'engage à signaler à mon assurance « responsabilité civile » le prêt du violon afin qu'il soit assuré.

Signature du représentant légal