



BULLETIN D'INSCRIPTION STAGE THÉÂTRE ENFANTS

Les 20, 21, 24 et 25 août 2020

De 10h00 à 16h30

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et prénom du représentant légal :

Adresse :

☎ domicile : portable :

Email :

Adhérent Axothéa : OUI NON - 15€ adhésion annuelle

Prévoir le repas de midi. Un micro-onde, un réfrigérateur et des couverts seront mis à disposition.

Le repas est encadré par deux adultes.

AUTORISATION : DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (e) :

représentant légal, autorise Axothéa, Association Loi 1901, à photographier notre (nos) enfant(s) et cédon(s) à Axothéa l'ensemble des droits de propriété intellectuelle, et en particulier notre droit à l'image, pour l'ensemble des photographies prises de notre enfant. La présente autorisation entraîne de plein droit de notre part la cession des enregistrements de son image par tout procédé technique (photographie, films, dessins) effectué pour le compte d'Axothéa et la reproduction sur tous supports (catalogues, affichettes, publipostages, site internet, Facebook...) à usage interne ou externe. En conséquence, Axothéa pourra exploiter son image pour faire la promotion des spectacles et de l'association. Pour quelque motif que ce soit, il est expressément convenu qu'Axothéa pourra également utiliser les dites photos à des fins de rétrospectifs historiques et des opérations de communication non destinées à vendre les activités mises en valeur.

Fait à : Le :

Signature

Joindre un chèque de 35 € pour le stage et y ajouter éventuellement le montant de l'adhésion annuelle (15 €) si vous n'êtes pas adhérent.

AXOTHEA

FEDERATION DES TROUPES DE THEATRE AMATEUR DE L' AISNE
2 rue du chemin des dames 02860 CHAMOUILLE
Tél. 03.23.23.71.67 - 06.27.40.06.78
axothea@free.fr – www.axothea.com



FICHE DE LIAISON

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT :

Adresse :

L'enfant peut-il rentrer seul : NON OUI :

Noms des personnes qui pourraient reprendre l'enfant :

.....

.....

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé : OUI NON

(allergies alimentaires, asthme, hypoglycémie, vue, ouïe...)

Si oui, veuillez préciser les précautions à prendre :

.....

.....

En cas d'accident grave, si toutefois cela est possible, dans quel hôpital ou dans quelle clinique voulez-vous que votre enfant soit transporté ? :

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone du médecin traitant :

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature des parents :

AXOTHEA

FEDERATION DES TROUPES DE THEATRE AMATEUR DE L' AISNE
2 rue du chemin des dames 02860 CHAMOUILLE
Tél. 03.23.23.71.67 - 06.27.40.06.78
axothea@free.fr – www.axothea.com