



## AscenDANSE

Le Carré d'Ass'  
32 montée du Clos, 69126 Brindas

Déclarée à la Préfecture de Lyon sous le n° W691090332

### DECHARGE MEDICALE

Année scolaire 2023/2024 - Adhésion n° : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

Adresse : .....

Mail : ..... @ .....

Agissant en qualité de : Père Mère Autre : .....

#### Représentant légal de l'enfant :

NOM : ..... PRENOM : ..... né(e) le .....

Pratiquant la danse moderne avec AscenDANSE (cours, stages, représentations... )  
déclare autoriser l'Association AscenDANSE en cas d'accident pour moi ou mon enfant :

- à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales nécessaires
- à nous faire transporter par les pompiers à l'hôpital le plus proche en cas d'urgence.

#### **Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

1 - ..... Tél : .....

2 - ..... Tél : .....

Médecin traitant : Nom : ..... Téléphone : .....

Hôpital éventuellement désiré : .....

**CERTIFICAT MEDICAL à transmettre impérativement avant le 1er cours**

**à l'adresse mail : [agnes.dubourget@orange.fr](mailto:agnes.dubourget@orange.fr)**

Brindas, le ..... Signature, précédée de la mention : " lu et approuvé "



## AscenDANSE

Le Carré d'Ass'  
32 montée du Clos, 69126 Brindas

Déclarée à la Préfecture de Lyon sous le n° W691090332

### AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Année scolaire 2023/2024 - Adhésion n° : .....

Je soussigné(e) .....

**autorise l'Association AscenDANSE à faire des photos et/ou des vidéos et à utiliser mon image ou celle de mon enfant,**

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : .....

prises dans le cadre des activités d'AscenDANSE, pour d'éventuelles publications dans la presse, pour le DVD ou tout autre support de communication destiné à la promotion.

La présente autorisation est accordée pour une durée illimitée.

Brindas, le .....

Signature, précédée de la mention : " lu et approuvé "