

DOSSIER D'INSCRIPTION



Fiche d'inscription (dans dossier)

Fiche « Droit à l'image et règlement intérieur » (dans dossier)

Cerfa questionnaire de santé (dans le dossier) ou certificat médical d'autorisation à la pratique de la danse

Photo d'identité

Attestation de responsabilité civile

Adhésion association + Photos des galas : 40€

**Bon de commande teeshirt règlementaire
(Pour tous les nouveaux élèves TD uniquement)**

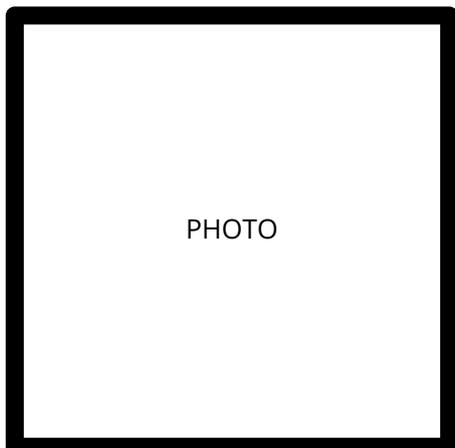
**Règlement de l'année en 1/3 ou 10 chèques
(Possibilité de payer en espèce, l'année doit alors être payée entotalité)**

DOIT ETRE RAMENÉ COMPLET



FICHE D'INSCRIPTION TRANSCENDANCE

SAISON
2025/2026



INFORMATIONS SUR LE DANSEUR OU LA DANSEUSE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / Âge:

Établissement scolaire actuel:

Nom des personnes de la même famille inscrites dans l'école:

.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone du danseur (si majeur) :

INFORMATIONS SUR LES RESPONSABLES LÉGAUX (si mineur)

Responsable 1:

Nom & Prénom :

Lien :

Téléphone :

Email :

Facebook:

Responsable 2 (facultatif) :

Nom & Prénom :

Téléphone :

Email :

NOUVELLE ANNÉE, NOUVELLE ECOLE, NOUVEAUX PROFS...

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> HIP HOP 1 | <input type="checkbox"/> BREAK 1 | <input type="checkbox"/> HOUSE | <input type="checkbox"/> AFRO 1 |
| <input type="checkbox"/> HIP HOP 2 | <input type="checkbox"/> BREAK 2 | <input type="checkbox"/> WAACKING 1 | <input type="checkbox"/> AFRO 2 |
| <input type="checkbox"/> HIP HOP 3 | <input type="checkbox"/> BREAK 3 | <input type="checkbox"/> WAACKING 2 | <input type="checkbox"/> AFRO 3 |
| <input type="checkbox"/> HIP HOP 4 | <input type="checkbox"/> BREAK 4 | <input type="checkbox"/> WAACKING 3 | <input type="checkbox"/> AFRO 4 |
| <input type="checkbox"/> HIP HOP 5 | <input type="checkbox"/> ACROBATIES 1 | <input type="checkbox"/> HIP HOP ADULTES | <input type="checkbox"/> LADY STYLE |
| <input type="checkbox"/> HIP HOP 6 | <input type="checkbox"/> ACROBATIES 2 | <input type="checkbox"/> HIP HOP CRITICAL | <input type="checkbox"/> BABY DANCE |
| <input type="checkbox"/> HIP HOP 7 | <input type="checkbox"/> ABDOS FESSIERS | <input type="checkbox"/> POPPING | <input type="checkbox"/> PILATE |
| <input type="checkbox"/> FORMATION
INTENSIVE CREWS | | | <input type="checkbox"/> GYM RENFORCEMENT
MUSCULAIRE |

NOMBRE TOTAL D'HEURE DE COURS PAR SEMAINE:

MODE DE PAIEMENTS

- ESPECE
 CHEQUE 1 3 10
 ENCAISSEMENT DEBUT DE MOIS ENCAISSEMENT FIN DE MOIS

SEPTEMBRE 	OCTOBRE 	NOVEMBRE 	DECEMBRE
JANVIER 	FÉVRIER 	MARS 	AVRIL
MAI 	JUIN 	JUILLET 	AOUT

SOUHAITES-TU UTILISER UN DE CES MOYENS DE PAIEMENTS?











NUMERO DE CARTE

CESSION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) : _____

Père/Mère de : _____

Autorise, de manière irrévocable et à titre gracieux, L'Ecole Transcendance, à utiliser, reproduire, diffuser, exploiter mes photographies et mon image, ou celles de mon enfant en tout ou partie, sans limite de territoire ou de durée, en tous formats, sur tous supports connus actuels ou à venir et par tous moyens actuels ou à venir, sur tous services audiovisuels et tous services en ligne sur tous réseaux.

Signature DES 2 PARENTS (précédée de la mention « lu et approuvé »)

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et être en accord avec tout ce qui peut y être mentionné. Il sera mis en œuvre tout au long de l'année.

Signature DES 2 PARENTS (précédée de la mention « lu et approuvé »)

BON DE COMMANDE

TENUE REGLEMENTAIRE

NOM :

PRÉNOM :

COURS :

TEE SHIRT ENFANT

- 3/4 ANS**
- 5/6 ANS**
- 8/10 ANS**
- 10/12 ANS**
- 12/14ANS**

TEE SHIRT ADULTE

- XS**
- S**
- M**
- L**
- XL**
- 2XL**
- 3XL**
- 4XL**

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.