

NOM : _____

Prénom : _____

Âge : ____ ans **Date de naissance :** ____ ____ ____

Adresse : _____

CP : ____ **Ville :** _____

Téléphone Fixe : ____ ____ ____ ____ ____

Téléphone portable : ____ ____ ____ ____ ____

Adresse Mail : _____@_____

Pour la session 2019-2020

Vous souhaitez vous inscrire en cours de :

Coût total des cours complémentaires :

Caméra - 900€

lundi 13h30-16h30

Acting in English 760€

mardi 13h00-16h00

Yoga - 450€

vendredi 16h30-18h30

_____ €

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : _____

Prénom : _____

Téléphone portable : ____ ____ ____ ____ ____

Engagement des stagiaires :

Toute personne inscrite et admise engage sa responsabilité.
Un désistement avant ou pendant la formation ne peut en aucun cas
donner droit à un remboursement, même partiel.

Faits à Paris, Le ____ ____ ____

Signature du stagiaire
(précédée de la mention
"Lu et approuvé")

Pour valider votre inscription veuillez retourner ce document complété au Service Administratif
accompagné du chèque de règlement à l'ordre de "ESSAIS THEATRAUX".
Une confirmation de bonne réception vous sera envoyée par mail.