

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 :	TARIF (à l'année)
<input type="checkbox"/> CAMERA : lundi 13h30/16h30	1 200 €
<input type="checkbox"/> ACTING IN ENGLISH : mardi 13h/16h	1 200 €

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.