

Nom :	Prénom :
Âge :	Date de naissance :
Adresse :	
Numéro de téléphone :	Autre :
Courriel :	
Programme :	Code permanent :
Allergie oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Problème de santé oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :
Médication oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :	Personne à contacter en cas d'urgence Nom : Téléphone :
Végétarien oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

EXPÉRIENCE EN DANSE :

Moderne : an(s)	Jazz : an(s)	Classique : an(s)	Hip hop : an(s)
Autre :			

Inscrire le nom des écoles de danse et le nom des enseignants

Expérience sur scène :

La ou les motivations qui t'incitent à venir t'inscrire à ce cours :