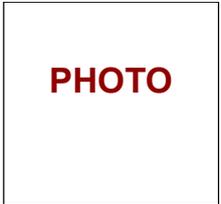




**FORMULAIRE INSCRIPTION
ATELIER THEATRE
6 - 11 ANS / 12 - 17 ANS**



ÉTAT CIVIL

Nom

Prénoms

Date de naissance **Age**

Nationalité Française **Autre**

Adresse

.....

Téléphone **Portable**

adresse e-mail

FORMATION SCOLAIRE :

(Mentionner votre niveau d'études et les diplômes obtenus)

.....

.....

.....

FORMATION ARTISTIQUE

(Mentionner vos éventuelles expériences artistiques)

CHANT :

.....

DANSE :

.....

THÉÂTRE :

.....

INSTRUMENT(S) :

.....

FORMATION ARTISTIQUE COMPLÉMENTAIRE :

.....

.....

AUTRES EXPERIENCES

(Mentionner les spectacles auxquels vous avez éventuellement participé)

.....

.....

RENSEIGNEMENTS DIVERS

(Mentionner les informations que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pédagogique)

.....

.....

INSCRIPTION ATELIER 6 - 11 ANS / 12 - 17 ANS

Inscription ouverte toute l'année.

Choix de Formation:

ATELIER 6 - 11 ANS*

ATELIER 12 - 17 ANS*

Votre inscription sera enregistrée dès réception de ce formulaire dûment complété et signé. Cet envoi doit être accompagné de deux enveloppes timbrées à vos noms et adresse et d'une photo d'identité.

Dès réception de votre dossier vous serez invité (e) à une séance de présentation et de travail pour faire connaissance avec notre établissement et notre enseignement.

Les cours débutent en octobre et se terminent mi-juin. Ils se déroulent 1 fois par semaine. Se reporter au dossier de présentation pour de plus amples informations. Merci de nous contacter au 01.45.66.99.83 pour obtenir des renseignements complémentaires.

* cocher la case de votre choix

HORAIRES

Merci de nous préciser l'horaire qui vous convient le mieux :

ATELIERS 6 - 11 ANS :

Le mercredi de 14h à 16h

Le samedi de 14h à 16h

ATELIERS 12 - 17 ANS :

Le mercredi de 14h à 16h30

Le samedi de 14h à 16h30

AUTORISATION PARENTALE

Une autorisation parentale est requise pour l'inscription des candidats mineurs :
Je soussigné(e) Père, mère, tuteur légal (rayer les mentions inutiles)
autorise à suivre l'enseignement dispensé par le CDAS.

Signature du représentant légal du candidat

SIGNATURE DU CANDIDAT

Fait à _____ le _____

Signature :

**Le nombre de places étant limitée, merci de retourner votre dossier dès réception.
Les dossiers seront enregistrés par ordre d'arrivée (le cachet de la poste faisant foi).**
N'attendez pas la date limite pour nous faire parvenir votre dossier d'inscription

CENTRE DES ARTS DE LA SCENE

41, Rue Bargue - 75015 PARIS

Tel: 01-45-66-99-83 mail: info@centredesarts.net