



ÉCOLE DE MUSIQUE
Municipale de Pontcharra
223 Avenue de Savoie
04 76 97 70 22
ecolemusique@pontcharra.fr

ÉCOLE DE MUSIQUE MUNICIPALE



Nom et prénom de l'enfant :

Adresse postale :

	REPRÉSENTANT 1	REPRÉSENTANT 2
	En qualité de : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>	En qualité de : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>
	Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>
Adresse (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel fixe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Indiquez si allergies :

Autres informations utiles :

Vaccinations à jour : OUI NON

J'autorise le personnel de l'école de musique municipale à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

Date :

Je soussigné(e), responsable légal déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature :