

FICHE ADHERENT- 2026/2027

Nom de l'Atelier

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

TELEPHONE PORTABLE (*parents et enfant*)

EMAIL (*parents et enfant*)

Mode de règlement (*réservé à l'administration*):

L'adhérent s'est acquitté :

- ☐ de l'inscription d'un montant defixée selon une grille tarifaire établie au Quotient Familial
- ☐ des 45€ supplémentaires pour les ateliers de pratique théâtrale ou de 20€ pour l'atelier Parcours Artistique si l'adhérent est extérieur à Echirolles
- ☐ de l'adhésion annuelle (valable 1 an) d'un montant de 10€

AUTORISATION PARENTALE (*pour les personnes mineures*)

Je soussigné(e).....père, mère, tuteur légal (rayer les mentions inutiles) autoriseà suivre l'atelier théâtre, le stage, la création théâtrale et à participer aux manifestations organisées par la compagnie Kaléidoscope durant l'année 2026/2027.

Fait à, le

Signature :

AUTORISATION PRESENTATION PUBLIQUE - DROITS A L'IMAGE

Je soussignée(e)

Demeurant à.....

donne à la COMPAGNIE KALEIDOSCOPE l'autorisation de reproduire et/ou de diffuser des photographies et/ou vidéos réalisées pour le compte de l'association et sur lesquelles je figure, pour les usages suivants : Publication dans la presse / Publication lors d'exposition / Publication sur le site Internet et/ou les pages Facebook et/ou la Newsletter / Autres. Les éventuels commentaires, titres ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos et vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée.

AUTORISATION PARENTALE (*pour les personnes mineures*) :

Je soussigné(e)..... père, mère, tuteur légal (rayer les mentions inutiles) autorise la présentation publique des photos et vidéos, dans les conditions précisées ci-dessus pour mon enfant.....

Fait à, le

Signature :

ENGAGEMENT RELATIF A L'UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE

Je soussigné(e) (*Nom et prénom de l'adhérent*)..... accepte et m'engage à éteindre totalement mon téléphone portable et à le ranger avant de rentrer dans la salle d'atelier ou de répétition ou de représentation afin de ne pas nuire au bon déroulement de l'activité.

Fait à, le

Signature Adhérent(e) et Parents pour les enfants mineurs :

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX - Pour les enfants mineurs à remplir par les parents

1/ Cas d'urgence : accident

Personne à contacter (*nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale*)

Nom Prénom

Adresse

Tél portable

Personne à contacter en mon absence :

Nom Prénom

Lien de parenté

Adresse

Tél portable

2/ L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires ☐ Asthme

☐ Autres (précisez) :

3/ Autorisation de soins médicaux

Je soussigné(e)

(*Nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale*)

Adresse

Tél portable

N° de sécurité sociale

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Nom de votre mutuelle.....

Nom et Numéro de votre Assurance Responsabilité Civile.....

Autorise les responsables de la Compagnie Kaléidoscope à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien, au mineur.

Nom Prénom

Né(e) le à

J'autorise la personne mentionnée au chapitre 1 à accueillir mon enfant si je suis injoignable.

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales d'inscription.

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à le.....

Signature (obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé ») :

AUTORISATION DE SORTIE APRES L'ACTIVITE THEATRE

Je soussigné(e).....

Responsable de l'Enfant

autorise mon enfant à rentrer seul : OUI - NON

Ou autorise Monsieur - Madame.....

à venir chercher mon enfant à la fin de l'atelier Théâtre qui se déroule le..... à

Fait à le.....

Signature :