

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU TCM

Nom : _____ Prénom : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____

Allergies ou autres conditions médicales : _____

Cours (L'élève doit s'inscrire dans le niveau d'âge approprié) :

Consentement d'utilisation de photos :

Le Théâtre Cercle Molière pourrait prendre des photos des élèves pour fins promotionnelles (brochures, site Web, publicités, etc.). En complétant ce formulaire, vous autorisez le Théâtre Cercle Molière d'utiliser les photos de votre enfant.

PARENT / TUTEUR·TRICE 1

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ Autre tél. : _____

Courriel : _____

PARENT / TUTEUR·TRICE 2

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (Si différente de la première) : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ Autre tél. : _____

Courriel : _____

EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENT OU TUTEUR·TRICE)

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____

