

**ADULTES**

à partir de 18 ans

**AUTORISATIONS DIVERSES 2025-2026**

**POUR LES ATELIERS DE PRATIQUES ARTISTIQUES**

Genre : F  / M

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. domicile : .....

Mail : .....

**À LIRE ET REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**Personnes à contacter en cas d'urgence**

NOM	Prénom	Lien avec la personne	Téléphone

→ J'accepte, en cas d'accident, d'être transporté dans un centre hospitalier et subir tous examens et interventions chirurgicales qui pourraient se révéler nécessaires.

Oui  Non

→ J'ai bien pris connaissance que l'établissement déclinera toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident en dehors des heures d'ateliers.

Oui

→ J'ai bien pris connaissance du règlement intérieur du ou des établissements.

Oui

→ J'accepte de recevoir les informations culturelles de la Ville.

Oui  Non

Date et signature

Précédées de la mention « Lu et approuvé »