



BULLETIN D'INSCRIPTION 2018-2019

adulte

JE SOUSSIGNEE (prénom nom) : _____
NE(E) LE _____

Adresse, CP, Ville : _____

PORTABLE : _____ EMAIL : _____

Contact(s) à joindre en cas d'urgence

Prénom nom & tél. : _____

Prénom nom & tél. : _____

Atelier : Lundi 19h30 – 21h30 Mercredi 20h30-22h30 Jeudi 15h-17h Samedi 14h-16h
 Mardi 20h30-22h30 Jeudi 11h – 13h Jeudi 19h15 – 21h15 Stage

Inscription : Réservation A l'année A la carte

Comment avez-vous connu notre association ?

Un(e) élève de l'atelier Affiche dans le quartier Recherche internet Mairie du XVIIe
 Relation Forum des associations En passant devant l'atelier Autre, merci de préciser

Avez-vous visité le site de l'atelier ?

Répond-il à vos attentes ? Oui Non

...notre page Facebook ?

...répond-elle à vos attentes ? Oui Non

Vos suggestions 😊:

Depuis combien de temps vivez-vous dans le quartier ? Moins d'un an 1 à 2 ans 3 à 5 ans Plus de 6 ans

DROIT A L'IMAGE pour la personne inscrite à l'atelier :

Droit à l'image	J'autorise	Je refuse
l'Atelier des Epinettes à me photographier , individuellement ou collectivement, dans le cadre des activités dispensées par l'atelier		
l'Atelier des Epinettes à utiliser ces photos pour tout projet réalisé par lui même dans le cadre de l'association : le book, le journal de l'atelier, diffusé auprès de toute personne désireuse de connaître les activités de l'atelier, le site, ...		
L'Atelier des Epinettes de faire usage, sans autorisation particulière , des photos de ses œuvres, objet d'exposition publique		
que mon visage apparaisse sur ces photos		
que mon visage apparaisse sur ces photos soit masqué ou grisé		
l'Atelier des Epinettes à utiliser sur le site, dans le book, le journal de l'atelier, l'ACTU , les photos des créations prises lors des ateliers passés et à venir		

DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE :

Autorise l'animateur ou l'animatrice de l'atelier des épinettes, ou toute personne ayant reçu délégation, à prendre en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'interventions chirurgicales nécessitées par mon état de santé.

Cette autorisation vaut, en cas d'impossibilité soit de mon conjoint ou la personne mentionnée à joindre en cas d'urgence, soit d'obtenir l'avis de mon médecin :

DOCTEUR : _____ Coordonnées : _____

Fait à Paris, le

Signature