

Nom : Age : ans

Prénom : Né(e) le :/...../.....

SI DIFFERENT DE L'ENFANT Nom(s) du /des Parent(s) :

Adresse 1:

CP Ville

Adresse 2:

CP Ville

Téléphone Participant ou Parent 1 Téléphone Parent 2 :

Téléphone Adolescent

Mail 1(en MAJ) :@.....

Mail 2(en MAJ) :@.....

Mail Enfant/Adolescent (en MAJ).....@.....

☐ **11-17 ans jeudi 18h30 à 20h**

☐ **Adultes jeudi 20h à 22h30**

Remarques :
.....
.....

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

☐ **J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à la fin du cours**

☐ **Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul(e) à la fin du cours**

Signature du responsable légal :

AUTORISATION DE PRISE DE PHOTOS ET DE PUBLICATION ADULTES/ENFANTS

Autorise ☐

N'autorise pas ☐

⇒ L'association THEATRE DU SEUIL à publier à titre gratuit la (les) photographie(s) ou le (les) film(s) du participant pris dans le cadre de ses activités afin d'illustrer les diverses publications de l'association aux fins de parution dans les médias.

Signature :