

## FICHE D'INSCRIPTION AU STAGE D'ETE DE L'IDEM PHOTOSHOP

Du 01 au 12 juillet 2019 (de 8h30 à 12h30)

L'Atelier découverte 4h le matin : **390 €**

L'Atelier découverte 4h le matin + cours d'Anglais appliqué 2h l'après-midi : **490 €**

### LE STAGIAIRE :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Portable : .....

E-mail (caractères très lisibles) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : Française  Etrangère  (préciser) : .....

Etablissement actuel : ..... Classe : .....

### LES PARENTS :

NOM : ..... NOM : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Profession : ..... Profession : .....

Tél. : ..... Tél : .....

E-mail : ..... E-mail : .....

Adresse du responsable: .....

### L'ASSURANCE DU STAGIAIRE :

Le stagiaire est couvert par une assurance pour les risques causés aux tiers (Responsabilité civile)

Le stagiaire est couvert par une assurance pour les accidents lui arrivant (Assurance scolaire individuelle)

## AUTORISATION SUR LE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....responsable du stagiaire.....

- N'autorise pas  
 Autorise

Par la présente, **L'IDEM Enseignement Supérieur**, à utiliser et éditer des images de ma personne pour son compte. Ces images seront exclusivement utilisées à des fins de communication visuelle (site internet, films, prospectus et plaquettes de communication ...) sans limite de temps.

## COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'IDEM

Cochez une ou plusieurs cases.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Publicité, presse (précisez)..... | <input type="checkbox"/> Elève de l'Idem                                     |
| <input type="checkbox"/> Salons (précisez).....            | <input type="checkbox"/> Présentation / information dans votre établissement |
| <input type="checkbox"/> Affichage                         | <input type="checkbox"/> Evènement de l'Idem (conférence, soirée)            |
| <input type="checkbox"/> Site internet (précisez).....     | <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation (précisez).....            |
| <input type="checkbox"/> Article de presse (précisez)..... | <input type="checkbox"/> Journée Portes Ouvertes                             |
| <input type="checkbox"/> Amis                              | <input type="checkbox"/> Courrier / Mailing                                  |
| <input type="checkbox"/> Ancien élève                      |  |

## PIECES A JOINDRE A LA FICHE

- Photocopie de la carte d'Identité en cours de validité  
 Autorisation parentale (pour les mineurs)  
 Attestation d'assurance responsabilité civile et assurance périscolaire en cours de validité  
 2 chèques :
  - 50% du montant total du stage à la signature de la fiche d'inscription (*non remboursable en cas de désistement*)
  - 50% du montant total encaissable le premier jour du stage

Je certifie exactes les informations contenues dans cette fiche. J'ai bien noté que le coût de la formation s'élève à : .....€uros et devra être entièrement réglé avant le début du stage, (toute formation commencée est due dans son intégralité).

Fait à ..... le .....

Signature du stagiaire

Signature des parents ou du Tuteur légal

Nom : .....Prénom : .....

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

### LE STAGIAIRE

---

NOM : ..... Prénom : .....

Médecin traitant (nom et téléphone) : .....

Etablissement de santé à privilégier en cas d'accident (hôpital, cliniques...):  
.....  
.....

### FICHE A COMPLETER SI VOTRE ENFANT EST :

---

- Atteint d'une maladie pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie pouvant nécessiter des aménagements particuliers

- Maladie ou Handicap dont souffre votre enfant : .....  
.....
- Traitement : .....  
.....
- Aménagements particuliers à envisager dans le cadre scolaire : .....  
.....
- Médecin spécialiste : .....  
.....
- Observations particulières : .....  
.....

Je soussigné (e).....responsable du stagiaire.....

Autorise l'administration de l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour contacter les services des urgences.

Date :

Signatures

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS NON EMANCIPES

Je soussigné (e) : M.  MME

Demeurant : .....

Agissant en qualité de :

Père  mère  représentant légal

Autorise mon enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le: ..... à: .....

Demeurant : .....

Sexe : masculin  féminin

A effectuer un stage :

Intitulé du stage : .....

Adresse du centre : 33, rue chateaubriand-66270 Le Soler

Du : 01 juillet au 12 juillet 2019

Fait à : .....

Le : .....