

FICHE D'INSCRIPTION AU STAGE D'ETE DE L'IDEM AUDIOVISUEL

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

Fait à :

Le :