

Bulletin d'inscription

Service Culture - Tél. 03 28 59 67 69 - service.culture@ville-saintpolsurmer.fr
 École municipale des Beaux-Arts Charles Renaud,
 85, Rue de la République - Tél. 03 28 61 04 73

Tarifs (le matériel de base est fourni par l'école, pour les adultes, un carton à dessin format raisin est demandé) :

Enfants résidents :	gratuit
Adultes résidents :	9,20€
Enfants non-résidents :	15,20€
Adultes non-résidents :	18,20€

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Pièces à fournir impérativement lors de l'inscription :

- La charte complétée et signée.
 - La fiche sanitaire complétée et signée.*
 - 1 photo.*
 - 1 photocopie du justificatif de domicile (facture EDF, loyer, téléphone...).
 - 1 photocopie de pièce d'identité (CNI, livret de famille...).
 - Photocopies des 4 dernières pages du carnet de santé.*
- *Pour les mineurs.

N°, Appt, rue :

Ville :

Code postal :

Tél.

E-mail de contact (*) :

**Important pour vous tenir informé(e) rapidement*

Jour	Horaires	Intitulé
	de h à h	
	de h à h	
	de h à h	

cadre réservé à l'Administration (inscription)			
n° adhérent :			
n° souche :			
Règlement :	€	Espèce	Chèque

CHARTRE DE L'ACADÉMIE MUNICIPALE DES BEAUX-ARTS DE LA VILLE DE SAINT POL SUR MER

(Charte destinée au bon fonctionnement de l'Académie des Beaux-Arts)

ARTICLE 1 : LES ABSENCES

Votre inscription au cours vous engage à une participation régulière dans un souci pédagogique.
Pour toute absence, merci de nous avertir dès que possible au 03.28.61.04.73 ou au 03.28.59.67.69 ou par mail : philippe.rousseau@ville-saintpolsurmer.fr - service.culture@ville-saintpolsurmer.fr
Trois absences consécutives entraînent la radiation du cours.

ARTICLE 2 : LE MATÉRIEL

Le matériel de base est mis à disposition par l'école des Beaux Arts.
Il faut en prendre soin, le nettoyer et le ranger après chaque cours en coordination avec le professeur et sous sa responsabilité.

ARTICLE 3 : LE COMPORTEMENT

Les élèves sont tenus de respecter le calme à l'intérieur des locaux, ne pas déranger les autres élèves, de faire preuve de discrétion et de ne tenir aucun propos insultant, diffamatoire ou raciste.
Un comportement inapproprié ou agressif envers les élèves ou les professeurs peut entraîner l'exclusion temporaire ou définitive de l'école des Beaux Arts.
Dans un souci de confort pour l'ensemble des élèves, les téléphones portables et lecteurs de musique doivent être éteints ou en mode silencieux.

ARTICLE 4 : LES ENTRÉES ET LES SORTIES DE L'ÉCOLE DES BEAUX-ARTS (Pour les mineurs)

Il est conseillé d'arriver 5 minutes avant le début du cours.
L'élève présente sa carte d'inscription au professeur et signe la feuille d'émargement.

Je soussigné(e).....

Autorise mon fils/ma fille
à rentrer seul(e) après chaque cours

N'autorise mon fils/ma fille
à rentrer seul(e) après chaque cours.
Dans ce cas je m'engage à venir chercher mon fils/ma fille à la porte d'entrée de l'école des Beaux Arts après la fin des cours (à l'intérieur du groupe scolaire).

En cas de retard ou d'empêchement, il est IMPÉRATIF de prévenir l'école au plus tôt.

ARTICLE 5 : SORTIES - VISITES - PHOTOS

Je soussigné(e).....

Autorise mon fils/ma fille

N'autorise pas
À participer aux éventuelles sorties de l'Académie Municipale des Beaux-Arts pour l'année.

Autorise l'utilisation des photos prises lors des activités pour tout support de communication de la commune de Saint Pol sur Mer.
Dans le cas contraire, je vous le ferai savoir par courrier.

Signature de l'élève

Signature du représentant légal

FICHE SANITAIRE

N° adhérent:

Nom et prénoms de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Numéro de S.S. dont dépend l'enfant :

Représentants légaux

PARENT 1

PARENT 2

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Tél. Domicile :

Tél Domicile :

Tél. professionnel :

Tél. professionnel :

Tél. portable :

Tél. portable :

E-mail :

E-mail :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Tél. :

Lien de parenté :

Nom :

Tél. :

Lien de parenté :

Nom :

Tél. :

Lien de parenté :

Vaccinations/Dates

(A renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies de pages correspondantes)

D.T.Polio :

Rappels :

B.C.G. :

Tests B.C.G. :

Autres vaccins :

Médecin Traitant

Nom :

Adresse :

Tél. :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabète, autres (précisez)

.....

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autres (précisez)

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui lequel ?

Autre difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez).

.....

.....