

JE M'INSCRIS EN QUALITÉ DE MEMBRE DE L'ÉCOLE AZUR DANSE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (JJ.MM.AA) : _____

Adresse : _____

NPA / Domicile : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL (MOINS DE 18 ANS)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

NPA / Domicile : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

COURS CHOISI

Je suis intéressé(e) par : _____

Période du : _____ au : _____

Nombre de cours hebdomadaire : _____ Professeur : _____

Jour : _____ Heure : _____ Niveau : _____

Jour : _____ Heure : _____ Niveau : _____

FACTURATION (COCHER CE QUI CONVIENT)

Par période de 5 mois A l'année A la carte En privé Autre
 SEP - JAN FEV - JUIN Valable 5 mois _____

Montant : CHF _____ Chèques scolaires ville de Sion _____

Tous les cours sont payables au début de chaque période ou de l'année, comptant, TWINT ou BCVS.

Par sa signature, le (la) soussigné(e) déclare avoir lu et accepté les conditions générales de Azur Danse.

Lieu et date : _____

Signature de l'élève : _____

Signature du représentant légal (moins de 18 ans) : _____