

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 _____

Montant : CHF _____ Chèques scolaires ville de Sion _____

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

Lieu et date : _____

Signature de l'élève : _____

Signature du représentant légal : _____