



Un certificat médical sera demandé au début des cours.
A renvoyer avec votre règlement au 24 rue Falguière 75015 Paris

Inscription Année scolaire 20__ / 20__

Nom de l'élève : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom du responsable parental : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

e-mail : _____

Établissement scolaire fréquenté : _____

J'inscris mon enfant : _____

Au cours de : _____

Le : _____ de : _____ h à _____ h

Je joins un chèque correspondant libellé à l'ordre de CADENCE.

Nom, prénom et signature du responsable parental :
