



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 :

\_\_\_\_\_