

DOSSIER D'INSCRIPTION
Année scolaire 2025-2026

L'élève:

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
N° de téléphone :	
Adresse email :	

Représentant légal (pour les élèves mineurs)

☐ Père		☐ Mère		☐ Tuteur		☐ Autres:	
Nom :				Prénom :			
Adresse :							
Code postal :				Ville :			
N° de téléphone :							
Adresse email :							

☐ J'accepte de recevoir par e-mail les informations du Centre de Formation Artistique MEZZO-FORTE

☐ Dérogation pour les cours de Formation Musicale (sous justificatif ou test à l'entrée)

Quotient Familial :

Activités artistiques antérieures de l'élève

Année	Discipline(s)	Professeur(s)	Niveau/diplôme

Choix de la formation

MUSIQUE	☐ Parcours découverte instrument		
	☐ Parcours instrument ☐ Violon ☐ Piano ☐ Guitare ☐ Flûte ☐ Saxophone ☐ Clarinette ☐ Batterie		
	☐ Formation Musicale ☐ Cours d'Harmonie ☐ Orchestre ☐ Chorale		
	☐ Parcours à la carte Souhait :		
DESSIN	☐ Cours enfants	☐ Cours adolescents	☐ Cours adultes
THÉÂTRE	☐ Cours enfants	☐ Cours adolescents	☐ Cours adultes
CINEMA	☐ Cours enfants	☐ Cours ado/adulte	

Exploitation de l'image 2025/2026

Je soussigné(e)

☐ autorise ☐ n'autorise pas

l'exploitation sur support photographique ou informatique des photos et des films pris pendant les cours ou les spectacles, exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités du Centre de Formation Artistique MEZZO-FORTE pour moi-même ou pour mon fils ou ma fille.

Je déclare céder à titre gracieux au Centre de Formation Artistique MEZZO-FORTE, le droit d'utiliser mon image ou celle de mon enfant.

Le Centre de Formation Artistique MEZZO-FORTE s'engage, conformément aux dispositions légales en vigueur relatives au droit à l'image, à ce que la publication et la diffusion de ces images ainsi que des commentaires les accompagnants ne portent pas atteinte à ma vie privée, à ma dignité et à ma réputation ou à celle de mon enfant.

Signature :

Décharge médicale 2025/2026

En cas d'urgence et d'impossibilité de contacter les parents, ou le conjoint

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

les membres du bureau du Centre de Formation Artistique MEZZO-FORTE, à prendre toutes les mesures qui s'imposent, y compris l'hospitalisation si nécessaire en cas d'accident et d'urgence intervention médicale et chirurgicale.

Nom du médecin traitant :

.....

Tél. du médecin :

Personne à prévenir en cas d'urgence : (pour les adultes inscrits)

Tél. :

Signature :

(Pour les élèves du parcours cinéma) Autorisation de sortie pour tournage en extérieur 2025/2026

Je soussigné(e) ☐ autorise ☐ n'autorise pas

mon enfant à participer à des sorties occasionnelles à St Marcellin dans le cadre de tournage extérieur encadrées par les professeurs du Parcours Cinéma.

Je comprends que ces activités auront lieu uniquement à St Marcellin pendant l'horaire de cours de cinéma, et que tous les déplacements se feront à pied depuis le local de l'association du 4 passage du Palais à Saint-Marcellin.

Je m'engage à informer l'association de toute condition médicale ou besoin particulier de mon enfant qui pourrait affecter sa participation à ces activités.

Signature :

Engagement de l'élève

Je soussigné(e),, reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur le site internet www.mozzo-forle.fr) et m'engage à y souscrire.

À....., le

Signature :

Engagement des parents

Je soussigné(e),, reconnaît avoir pris connaissance des informations ci-dessus et atteste de leur exactitude. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur le site internet www.mozzo-forle.fr) et en accepter les modalités. En cas d'absence, je m'engage à avertir par mail ou par téléphone le professeur dans les plus brefs délais.

À....., le

Signature :

DÉBUT DES COURS : LUNDI 22 SEPTEMBRE 2025