

+ 20 ans

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Veillez lire attentivement ce qui suit, le compléter **IMPERATIVEMENT** en lettres majuscules et le signer

Je soussigné(é)
souhaite être transporté(e) en cas d'urgence (*cocher la case correspondant à votre choix*) :

à la clinique (*indiquer nom, adresse et téléphone*)

ou

à l'hôpital de Bayonne, Rue J. Loeb.

et donne mon accord pour que soient pratiquées, en cas d'urgence, l'intervention chirurgicale et l'anesthésie jugées indispensables.

Nom de la personne à prévenir

Numéro de téléphone.

À..... le **signature obligatoire**

Veillez mentionner les nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin.

.....
.....

ASSURANCE

Il est obligatoire de contracter une assurance « Responsabilité civile » pour les dommages causés dans l'enceinte de l'École d'art pour lesquels l'élève serait responsable.

Nom de l'assureur :

Compagnie:

Numéro du contrat :

À..... le **signature obligatoire**

**P.S. : merci de nous fournir l'attestation d'assurance
en cours de validité pour l'année scolaire 2017/2018**

DROIT A L'IMAGE

Formulaire de renonciation au droit à l'image 2017/2018

Je soussigné(e)

Autorise

N'autorise pas

L'École d'art, ses représentants et toute personne agissant en son nom, à utiliser et à publier, toutes les photographies, images, vidéos de moi-même ou de mes travaux réalisés dans le cadre des activités pédagogiques de l'École, durant l'année scolaire 2017 / 2018.

Ces images peuvent être exploitées sous quelque forme que ce soit y compris sur Internet, pour la communication de l'École.

Je déclare avoir 18 ans ou plus.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette renonciation.

Signature

Date