

## 23<sup>e</sup> Stage international de danse classique 2025 – 23<sup>rd</sup> *International Summer Ballet Course 2025*

Albussac, Corrèze - France

### Fiche d'inscription / Enrollment form

**Nom** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_  
*Last Name First name*

**Adresse** \_\_\_\_\_  
*Address*

**Code Postal** *postal code* \_\_\_\_\_ **Ville** *city* \_\_\_\_\_

**Pays** *country* \_\_\_\_\_

**Tél** \_\_\_\_\_ **Tél Travail** \_\_\_\_\_  
*home phone # work phone #*

**Mobile 1** \_\_\_\_\_ **Mobile 2** \_\_\_\_\_  
*Cell phone # 2nd cell phone #*

**Email 1** \_\_\_\_\_ **Email 2** \_\_\_\_\_

**Date de naissance** *Date of birth* : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*jour/ day mois/ month année/ year*

➤ *Pour les élèves non inscrits à Corrèze Danse merci de compléter : For students not enrolled in Corrèze Danse please complete*

**Ecole de Danse / Ballet school** \_\_\_\_\_

**Professeur / Teacher** \_\_\_\_\_ **Niveau / Level** \_\_\_\_\_

Merci de noter votre choix / *Please indicate your choice*

Détail / <i>Detail</i>	S/Total
<b>Cours / Classes</b> 1 Sem / <i>1 week</i> : 21 - 26 juillet/ <i>July 2025</i> <input type="checkbox"/> <b>Tarifs / Fees</b> 1 semaine / <i>1 week</i> 220 € Adhésion à Corrèze Danse: élèves extérieurs / <i>membership: outside students</i> 25 €	
<b>Pension complète – Full board: la Grange aux Fées* (32 € x 6 jr/da) *</b> 1ère Sem / <i>1st week</i> : 21 au 26 juillet/ <i>July 2025</i> 192 € Tarif supplémentaire* par jour: 32€ nombre de jours <input type="checkbox"/> x 32 € (* Arrivée plus en avant ou départ plus tard / <i>earlier arrival or later departure</i> ) *places limitées / <i>limited places</i>	
<b>TOTAL</b>	

\* *Tarif repas unique pour élèves hors pension (merci de nous prévenir d'avance): 8 €*

Règlement / *Payment* : 50% avec l'inscription avant 7 juillet 2025– la solde au 21 juillet 2025  
 50% with returned enrollment before 7 juillet 2025– balance by 21 July 2025

➤ **Chèques à l'ordre de / French bank checks made out to : Corrèze Danse**

• *Virements / Bank Transfer - IBAN: FR89 / 2004 / 1010 / 1247 / 1586 / 4E03 / 352 / PSSTFRPPSCE*

Titulaire du compte - *Account owner* : **Corrèze Danse**

Remboursement uniquement en cas de maladie avec attestation du médecin / *Reimbursement only for illness with attestation from doctor*

## **Autorisation Parentale / Parental Authorization**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
*I the undersigned*

Demeurant à / *Living at*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorise / *authorize* \_\_\_\_\_

À participer au stage de Corrèze Danse / *to participate in the training session of Corrèze Danse*

Sem / *week* : 21 juillet au 26 juillet 2025

*Merci de cocher – please check*

En cas d'urgence j'autorise le transfert de mon enfant vers le centre hospitalier le plus proche et autorise les médecins à pratiquer une intervention chirurgicale si nécessaire.

*In an emergency, I authorize the transport of my child to the nearest hospital center and authorize the doctors to proceed with surgical intervention if necessary.\*\**

J'autorise l'Association Corrèze Danse (C.D.) et Cécile Däniker à me photographier ou me filmer dans le cadre des différents événements ou activités que l'Association organise. J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'Association, et de la danse classique notamment sur les sites internet de l'Association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'Association et de Cécile Däniker.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de C.D. et de Cécile Däniker qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité. En contrepartie C.D. et Cécile Däniker s'engagent à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini.

## **Personnes à joindre en cas d'urgence – persons to contact in case of emergency**

Nom / *name* : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Portable / *cell phone* \_\_\_\_\_

Nom / *name* \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Portable / *cell phone* \_\_\_\_\_

Fait à / *filled out at* : \_\_\_\_\_ Le / *The* : \_\_\_\_\_ 2025

**Signature :**

**\*\* pour les non résidents français merci de vous munir de la carte européenne d'assurance maladie**

*for non residents in France please be certain to obtain the European Health card*