

# STAGE de FLûTE TRAVERSIERE / VIOLON

Bulletin d'inscription. Edition 2026

A renvoyer avant le 08/02/2026.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Niveau: \_\_\_\_\_

Ecole de musique ou conservatoire fréquenté, professeur:

\_\_\_\_\_

## Déroulement :

Séances de travail de 9h à Midi et 14h à 17h.

Les gouters et repas sont « tirés du sac » .

Restitution finale : le Mercredi 25 Février à l'auditorium de l'Ecole de

Musique de Lunel (36 Avenue Gambetta, 34400), horaire à préciser.

Signature des stagiaires majeurs:

Signature du ou des représentant(s)  
légal(aux) pour l'élève mineur:

## Demande d'autorisation de reproduction et de représentation de photographies d'une personne

Je soussigné \_\_\_\_\_

Représentant légal de \_\_\_\_\_

Autorise l'association «Ecole de Musique de Lunel» à photographier et à utiliser l'image de mon enfant mineur dans le contexte et les conditions citées ci-dessous.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, j'autorise l'association à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de ses activités.

Les photographies pourront être exploitées à des fins non commerciales et utilisées pour une durée illimitée et quelque soient le support de communication et notamment :

- Diffusion dans les journaux, bulletins municipaux, site internet de l'association ou d'une ville.
- Communication interne et stock photos de l'association
- Diffusion en fond visuel lors de divers spectacles.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies, objet de la présente, dans tout support à caractère préjudiciable.  
Jegarantis que moi-même (adulte) ou que mon enfant mineur n'est pas

lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du ou des représentant(s)  
légal(aux) pour l'élève mineur:

Renvoyer le tout à:  
Ecole de Musique de Lunel,  
36 Avenue Gambetta,  
34400 LUNEL

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON****1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐ FILLE ☐**DATES ET LIEU DE SÉJOUR : LUNEL, 34 400 du 23 au 25 Février 2026**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b>	<b>SCARLATINE</b>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐  
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES \_\_\_\_\_**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

**5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_