

# STAGE de FLÛTE TRAVERSIERE / VIOLON

## Bulletin d'inscription. Edition2026

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyelite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
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 : \_\_\_\_\_