



# INSCRIPTION SESSION 2025-2026

**Licence obligatoire (non remboursable) : 21 €**  
À prévoir en plus du prix des cours par adhérent et par chèque séparé

## INSCRIPTION :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>1 Cours (1h00)</b> | <input type="checkbox"/> <b>170 € C*</b>      | <input type="checkbox"/> <b>180 € HC*</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>2 Cours (2h00)</b> | <input type="checkbox"/> <b>230 € C*</b>      | <input type="checkbox"/> <b>250 € HC*</b> |
| <input type="checkbox"/> STREET JAZZ           | 2 Dimanches par mois / 10h30 - 11h30 (Léonie) |   |
| <input type="checkbox"/> MODERN' JAZZ          | 2 Dimanches par mois / 11h30 - 12h30 (Léonie) |   |
| <input type="checkbox"/> CONCOURS JA           | 2 Dimanches par mois / 12h30 - 13h30 (Léonie) |   |
|  |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>1 Cours (2h00)</b> | <input type="checkbox"/> <b>150 € C*</b>      | <input type="checkbox"/> <b>160 € HC*</b> |
| <input type="checkbox"/> CLASS' CONCOURS       | 1 Samedi par mois / 10h00 - 12h00 (Marine)    |   |
| <input type="checkbox"/> K-POP                 | 1 Dimanche par mois / 11h30 - 12h30 (Clovis)  |   |
- (\* Commune / Hors Commune)

NOM DES PARENTS .....

NOM .....

PRENOM ..... AGE .....

- 18 ans ( ..... / ..... / ..... )      + 18 ans ( ..... / ..... / ..... )

ADRESSE .....

.....

.....

MAIL .....

TEL .....

MOBILE (enfant) ..... (parents) .....



# INSCRIPTION SESSION 2025-2026

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'adhérent(e) :

\* **Droit à l'image : Autorise l'association Osmoz à prendre en photo mon enfant pour notre site Internet et autres**

oui  non

\* Autorise mon enfant à regagner son domicile par ses propres moyens et sous mon entière responsabilité.

oui  non

\* Demande une Attestation

oui  non

\* Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site Osmoz

oui  non

*Je certifie que mon enfant est bien couvert par une assurance privée*

Lu et approuvé le :  
Signature :

---

## PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSOCIATION OSMOZ

**CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE :  
(AVANT FIN SEPTEMBRE)**

OUI  NON

**RÈGLEMENT COTISATION :**

CHÈQUE(S)  ESPÈCES

**LICENCE N° DU CHÈQUE :**

.....

**COTISATION NUMÉRO**

**MONTANT**

**ENCAISSEMENT**

CHÈQUE 1 .....

.....

septembre 2025

CHÈQUE 2 .....

.....

octobre 2025

CHÈQUE 3 .....

.....

novembre 2025