

NOM :

PRENOM :

NE(E) LE : / /

ADRESSE POSTALE :

CP :

COMMUNE :

PORTABLE STAGIAIRE :

PORTABLE PARENTS :

EMAIL DE CORRESPONDANCE :

**OPTION CHOISIE**

<p><b>Direction d'orchestre d'harmonie :</b></p> <p><b>Niveau en direction :</b></p> <p><b>Niveau en écriture musicale :</b> <i>SVP. DETAILLER DANS UN EMAIL</i></p>	<p><b>Perfectionnement et pratique d'ensembles</b></p> <p><b>Instrument pratiqué :</b></p> <p><b>Durée de pratique :</b></p>
<p><b>Instrument pratiqué en ensembles et à l'orchestre :</b></p> <p>Type : <span style="float: right;">Marque :</span></p> <p>Modèle : <span style="float: right;">N° de série :</span></p> <p>En êtes-vous propriétaire ? <span style="float: right;">Cet instrument est assuré par :</span></p> <p>Nombre de stages organisés par CMF CHAMPAGNE-ARDENNE déjà suivis :</p>	
<p>Nom de la(des) structure(s), dont vous êtes membre :</p> <p>Cette structure est-elle adhérente à la CMF ?      OUI      NON</p>	

**REGLEMENT POUR L'ENREGISTREMENT DE L'INSCRIPTION**

Tarif adhérents de **CMF de CHAMPAGNE-ARDENNE** : ..... 440 €  
 Tarif non adhérents de **CMF de CHAMPAGNE-ARDENNE** et adhérents CMF hors Champagne-Ardenne : ..... 515 €  
 Tarif public : ..... 535 €

Règlements à effectuer sur le compte de CMF CHAMPAGNE-ARDENNE  
 Coordonnées bancaires: IBAN : FR7610278025770002070810142 - BIC : CMCIFR2A

par virement, Chèques-Vacances, chèque bancaire portant le n°

1er paiement de 100 € min. à l'inscription / Indiquez le nombre de versements souhaité avant le début du stage :

Je fais connaître les problèmes de santé (prise de médicaments, allergies, intolérances alimentaires, hospitalisation...) :

.....  
 .....

J'accepte que les photographies et enregistrements (vidéo ou audio) pris pendant le stage soient diffusés sur les supports de communication de la CMF et/ou publiés sur son site interne :      OUI      NON

Pour les stagiaires mineurs : je soussigné(e), M/Mme ..... représentant légal de ..... donne tous pouvoirs aux responsables des stages de prendre toutes décisions concernant une hospitalisation urgente, et **Autorise** **N'autorise pas** les sorties non accompagnées par les surveillants.

Fait à ....., Signature :

Le / / 2023