

# Pratique théâtrale adolescent

## Formulaire d'inscription

# Saison 2014–2015

**Participant** (public agé de 15 à 18 ans)

Nom/Prénom \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_

Numéro/Rue \_\_\_\_\_

Code Postal/Ville \_\_\_\_\_

Téléphone personnel \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_

Adresse mail personnelle \_\_\_\_\_

**Responsable légal** (obligatoire)

Nom/Prénom \_\_\_\_\_

Numéro/Rue \_\_\_\_\_

Code Postal/Ville \_\_\_\_\_

Téléphone personnel \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence / téléphone \_\_\_\_\_

### Assurance individuelle de responsabilité civile :

organisme \_\_\_\_\_ n° contrat \_\_\_\_\_  
(merci de joindre l'attestation)

### Cotisation annuelle : 220 €

règlement par chèque à l'ordre de Théâtre de la Cité-Sarl

Je règle la totalité en chèque

Je règle en 4 prélèvements mensuels de 55 €

## Mandat de prélèvement SEPA

Document à joindre avec votre inscription

**1** Indiquez vos nom, prénom et adresse complète.

**2** Précisez les coordonnées de votre compte (IBAN). Elles figurent sur votre relevé bancaire.

**3** Inscrivez les références de banque (BIC) que vous retrouverez également sur votre relevé d'identité bancaire.

**4** Dated et signez.

**5** En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le TNP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du TNP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**6** Retournez-nous ce mandat signé, accompagné de votre RIB à Théâtre de la Cité S.A.R.L.

8 place Lazare-Goujon, 69627 Villeurbanne cedex

Référence unique du mandat RUM (sera remplie par le TNP)

\_\_\_\_\_

### Vos coordonnées

\* \_\_\_\_\_  
Nom/prénom du débiteur

\* \_\_\_\_\_  
Numéro/rue

\* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
Code postal Ville

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

### Les coordonnées de votre compte

\* \_\_\_\_\_  
IBAN (numéro d'identification international du compte bancaire)

\* \_\_\_\_\_  
BIC (carte d'identification de votre banque)

Créancier : TNP, 8 Place Lazare-Goujon, 69627 Villeurbanne cedex, France  
ICS : FR 53ZZZ436817

\* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
Lieu Date Signature

Type de paiement : paiement répétitif. Vous acceptez que le prélèvement soit effectué à la confirmation de votre inscription. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

\* Mentions obligatoires

## A remplir pour les participants mineurs

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'encadrement de l'Atelier à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation **intervention chirurgicale**).

En dehors des heures d'atelier, l'enfant n'est plus sous la responsabilité du TNP.

J'autorise le TNP à filmer et photographier mon enfant dans le cadre de ses activités  oui  non

date \_\_\_\_\_

lu et approuvé

signature du responsable