



BULLETIN D'INSCRIPTION 2017

www.broadway-theater-camp.com (séjour d'immersion linguistique 6-12 août 2017)

Bulletin à remplir, numériser et renvoyer par mail à broadwaytheatercamp@gmail.com

ou par voie postale à : **Christophe Réthoré / Service administratif BTC**

46 Noehlenweg // 68000 Colmar

accompagné de votre règlement par chèque libellé à BTC (749 euros avant le 30 juin 2017/829 euros après).

Questions ? Tel. 06 72 35 64 13 ou broadwaytheatercamp@gmail.com.

PARTICIPANT-E

NOM : _____ PRENOM : _____ Date de naissance : ___/___/_____ Sexe : M / F

Numéro de carte identité _____ ou de passeport _____

Adresse : _____

Code Postal = _____ Ville/commune : _____ Pays : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Tél. portable mère : _____ Tél. portable père : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

NOM _____ PRENOM _____ Tél. portable : _____

Classe fréquentée : _____ Nombre d'années d'études d'anglais : _____

Etablissement : _____ Ville/Commune : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : à compléter avec soin. Joindre obligatoirement un courrier explicatif en cas de problème particulier.

Allergies : ___ NON ___ OUI Laquelle/Lesquelles : _____

Allergies alimentaires : il est obligatoire de joindre la liste des aliments non autorisés et le protocole médical à suivre.

Handicap physique : ___ NON ___ OUI Lequel/lesquels : _____

Handicap mental : ___ NON ___ OUI Lequel/lesquels : _____

Traitement médical : ___ NON ___ OUI Lequel/lesquels : _____

Régime alimentaire particulier : ___ NON ___ OUI Lequel/lesquels : _____

Asthme : OUI/NON Maladie chronique : OUI/NON Phobie(s) : OUI/NON Problèmes psychologiques : OUI / NON (1)
(1) Précisez (ou tout autre renseignement médical pertinent) _____

NB : tabac et alcool sont **strictement interdits** pendant toute la durée du séjour. Tout participant pris en possession d'alcool ou de tabac, ou contrevenant au règlement du séjour d'immersion linguistique BTC, sera immédiatement exclus (aucun remboursement, partiel ou total, ne sera accordé en cas de renvoi ou d'interruption prématurée du séjour, quelle qu'en soit la cause).

Fait à : _____ Le : _____ Signature du représentant légal : _____

Nom et prénom du repr. légal : _____