



BULLETIN INSCRIPTION A LA « DANSE THERAPIE »

**De Janvier 2022 à Juin 2022
De 19h à 20h30 salle de motricité-école Odysée**

Il s'agit de créer la rencontre entre personnes porteurs de handicap, de maladie et personnes valides, autour de la pratique de la « danse thérapie et chants du corps » pour rompre l'isolement et favoriser l'inclusion, en créant une œuvre commune.

Déroulement :

Organisation de 18 séances de Janvier à Juin 2022,

Les mardi soir de 19h à 20h30,

Salle de motricité école Odysée,

Pour 20 personnes maximum, dont au minimum 5 de l'EPMS Lejeune.

La première séance aura lieu le mardi 11 Janvier 2022.

Durant l'année, sera préparée une œuvre commune (spectacle) qui pourrait être présentée lors du festival les Deluretz sous chapiteau du 4 au 10 Juin (date à définir), ouvert à tous et toutes afin de changer les regards sur le handicap et la maladie.

Lors des séances de « danse thérapie », l'intervenante veille à solliciter l'autonomie, l'expression et la créativité des participant.e.s et favorise les échanges de compétences dans une ambiance de bienveillance mutuelle.

Calendrier :

Janvier : Les 11, 18 et 25

Février : Les 1 et 8

Mars : Les 1, 8, 15, 22 et 29

Avril : Les 5 et 12

Mai : Les 3, 10, 17, 24 et 31

Juin : Présentation du spectacle entre le 4/06 et le 10/06 (date à définir)

Encadrement :

Ces séances seront animées par Isabel Bertholon, professeure de danse, thérapeute et éducatrice spécialisée.

Cout :

L'inscription se fait pour l'intégralité des séances.

Cout du cycle : 90 euros

Paielement sur facture à l'ordre du trésor public établi par la commune

L'inscription engage financièrement les participant.e.s quelque soit le nombre de suivies.

Inscription :

- NOM et PRENOM
- NOM – PRENOM (du parent ou du responsable légal)
- ADRESSE
- COMMUNE
- ☎
- Adresse mail
- PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Vous recevrez une facture de 90 euros, pour chaque participant.e.
Je m'engage à payer l'inscription dès réception de la facture.

Documents demandés :

- **Certificat médical**
- **Assurance de responsabilité civile**
- **Fiche sanitaire pour les mineurs (ci-joint)**
- **Autorisation de droit à l'image (ci joint)**

Fait à Corcoué sur logne, le

Signature, précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé, bon pour autorisation"

*Bulletin d'inscription à remettre au Secrétariat de la Mairie ou au service Diversité/Egalité
Vous pouvez contacter la Mairie au **02 51 88 99 77** pour des renseignements complémentaires, ou par mail :
diversiteegalite@mairiecorcoue.fr*



DROIT A L'IMAGE dans le cadre du projet « danse thérapie »

- NOM et PRENOM du/de la participant.e
- NOM – PRENOM (du parent ou du responsable légal)

Adresse :

Tél :

Mail :

Autorise la reproduction (film, photos) de mon image (ou celle de mon enfant), en vue de valoriser le travail des participant.e.s et promouvoir cette pratique artistique

- sur les supports de communication web et papier
- dans la presse écrite ou Internet
- Lors du festival les Deluretz

Dans un **but non-lucratif**, Pour une durée limitée à 10 ans.

Fait à Corcoué sur Logne, le

Signature, précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé, bon pour autorisation"



FICHE SANITAIRE, « Danse thérapie »

Pour les mineurs

Année 2022



VOTRE ENFANT

Nom : Prénom :

.....

Date de naissance : Lieu de naissance :

.....

Age :

Sexe : Masculin Féminin

Téléphone portable de votre enfant (facultatif) :

.....

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 :

Nom :

.....

Prénom :

Adresse :

.....

Portable :

Mail :

.....

Responsable légal 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Portable :

Mail :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom :

.....

Téléphone :

.....

Lien de parenté :

.....

Nom Prénom :

.....

Téléphone :

.....

Lien de parenté :

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

Le jeune est-il hémophile ? : Oui Non

Asthmatique ? : Oui Non

Si oui, merci de joindre un certificat médical.

Informations complémentaires (lunettes, appareil dentaires, prothèses, ...) :

.....
.....
.....

Renseignements de santé :

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...

.....
.....

Je soussigné responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les personnes responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à CORCOUE-SUR-LOGNE, le

SIGNATURE