



INSCRIPTION

ATELIER VOCAL 2025-2026

Professeure : Sarah GULEED DAVOUD

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Personne responsable si élève mineur :

Adresse :

Localité :

E-mail :

Portable d'un parent :

Portable de l'élève :

Tarif (30 cours de 60') **Chf. 400.-** (frais adm. 40.- en sus)

Élève déjà inscrit-e à la Syncope : Chf. 300.-

Selon l'art. 28 du CC, j'autorise la Syncope à prendre des photos de mon enfant susmentionné et à les publier uniquement sur le site de l'école : www.lasyncope.ch

OUI ☐

NON ☐

Date :

Signature (mineur-e : représ. légal) :