



Λ G O R Λ
International Academy

Saison 2023 – 16 au 22 juillet à Adelboden (Suisse)
Season 2023 – July 16-22 in Adelboden (CH)

REGISTRATION FORM
(Deadline: 31.05.2023)

_____ Participant

_____ Auditeur libre/Listener

DONNEES PERSONNELLES/PERSONAL INFORMATION

NOM

NAME _____

Prénom

First name _____

Né(e) le

Born _____ à _____

à

in _____

Email _____ @ _____

Téléphone

Phone _____

Adresse postale

Post adress _____

Code postal

Zip code _____

Ville

City _____

Pays

Country _____

Langues parlées

Language spoken _____

ETUDES INSTRUMENTALES/INSTRUMENTAL STUDIES

Professeur _____

Accordion teacher

Lieu d'enseignement

Place of study _____

Années d'accordéon

Nb of years of accordion _____

Niveau/Diplôme

Level/Diploma _____

Dernières oeuvres travaillées *Last works studied*

ARRIVAL/DEPARTURE

Arrivée le 16 juillet (15h) / Départ le 22 juillet (avant 9h).
Arrival on July 16th (3 p.m.) / Departure on July 22nd (before 9 a.m.)

Pour les accompagnants seulement/for accompanies only:

Repas du 16.07 au soir. Nb. de personnes _____ (tarif : CHF 10.-/pers.)
Diner (16.07) _____ (price: CHF 10.-/pers.)

Repas du 21.07 au soir. Nb. de personnes _____ (tarif : CHF 10.-/pers.)
Diner (21.07) _____ (price: CHF 10.-/pers.)

Préférence pour le concert de fin de stage _____ 15h _____ 20h _____ pas de préférence
Final concert/timetable preference _____ 3 p.m. _____ 8 p.m. _____ no preference

OTHERS

Chambre individuelle (tarif : CHF 120.-) dans la limite des places disponibles
Individual room (price: CHF 120.-) _____ limited number of rooms!

Autres informations, spécificités alimentaires et allergies/*Additional information, specific food and allergies*

PAIEMENT/PAYMENT

L'inscription est à renvoyer dûment remplie, à l'adresse suivante ou par mail. Après le 4 juin, date de confirmation des places disponibles pour le stage, il est demandé de à un acompte de CHF 250.- par virement bancaire sur le compte mentionné ci-dessous.

After the place to the course is confirmed (on June 4th), a deposit of CHF 250.- must have been transferred to the following account and the application sent to the following address or my mail:

Association Agora/Sylvain Tissot
Place de l'église 8
CH-1535 Combremont-le-Grand

CCP: 12-257894-5
IBAN : CH11 0900 0000 1225 7894 5
BIC : POFICHBEXX

**NB : LES FRAIS BANCAIRES SONT A LA CHARGE DE L'EXPÉDITEUR DU VIREMENT.
EN CAS D'ANNULATION, L'ACOMPTE NE POURRA ÊTRE REMBOURSÉ QUE POUR RAISONS MEDICALES.**

**NB: PLEASE NOTE THAT BANK TRANSFER FEES ARE YOUR RESPONSIBILITY.
IN CASE OF CANCELLATION, THIS DEPOSIT CAN ONLY BE REFUNDED FOR MEDICAL REASONS.**

Je soussigné(e) M. Mme _____

Autorise _____ à participer au stage susmentionné.

J'ai parfaitement connaissance du fonctionnement du stage et je décharge l'association Agora de toute responsabilité concernant les dommages qui pourraient être causés par mon enfant ou à celui-ci. Je certifie que mon enfant est bien couvert par mon assurance responsabilité civile.

J'autorise les responsables du stage à prendre toutes mesures qu'ils jugeront nécessaires en cas d'urgence médicale ou autre, et notamment à faire pratiquer les premiers soins en cas d'accident ou de maladie et à faire hospitaliser l'enfant.

Autorise/N'autorise pas l'Association AGORA à diffuser sur tous supports de communication officiels (dont le site internet, la plaquette annuelle, Instagram et la page Facebook), des images de toutes natures, pédagogiques et/ou artistiques, **de l'enfant sur lequel j'exerce l'autorité parentale/de ma personne** et ce, sans limite de durée.

Fait à _____ le _____

Signature du stagiaire majeur ou du responsable légal ou de l'élève majeur précédée de la mention "lu et approuvé"

I, Mr Mrs _____

Allow _____ to participate to the Agora course(s) mentioned above.

I fully understand the curricula of the course and I release the Agora Association, from all responsibility for any damages caused by my child, and any bodily or personal harm that may occur as a result of my child's participation in this course. I certify that my child is covered under my third party insurance.

I authorize the people responsible for the course to take all measures they deem necessary in case of medical or other emergencies, including administering first aid in the case of accident or illness, and hospitalizing my child.

Allow/Forbid the AGORA Association to publish on the AGORA official communication supports (including the brochure, the website, Instagram and the Facebook profile of Agora), pictures taken during the course of **my child/myself**, without any time limit.

Place _____ Date _____

Signature of the participant or the legal representative: