



# BAGAD BRO MELENIG

## BULLETIN D'ADHESION (ANNEE SCOLAIRE 2026/2027)

Agrément W 294007395  
J.O.R.F. N°415 – 2/12/2017  
SIRET 837 675 032 00010  
APE 9499Z

Mail : [bagadbromelenig@gmail.com](mailto:bagadbromelenig@gmail.com)

Web : [bagadbromelenig.com](http://bagadbromelenig.com)

Facebook : Bagad Bro Melenig

- ☐ Nouvelle adhésion  
☐ Renouvellement

NOM : .....PRENOM : .....  
Né(e) le : .....à : .....  
Si mineur, NOM et PRENOM du Représentant Légal : .....  
Adresse : .....  
.....  
Portable : .....  
Mail : .....

Par la présente, je déclare souhaiter adhérer à l'Association Bagad Bro Melenig en qualité de :

- ☐ Elèves au cours de l'école de Musique Bretonne (35 séances).

**Instrument :**

- ☐ Cornemuse  
☐ Bombarde  
☐ Percussion

- ☐ Avec Participation aux concours et/ou Prestation Extérieure dès la 2<sup>nd</sup> années : 80 €  
☐ Sans Participation aux concours et/ou Prestation Extérieure dès la 2<sup>nd</sup> années : 220 €  
☐ Prêt instrument, si oui remplir le Contrat de Caution Matériel

- ☐ Membres actifs (sonneurs confirmés et débutants) – Adhésion de 70 €.

- ☐ Membres sympathisants (bénévoles de l'association) – Adhésion de 30 €.

- ☐ Membres bienfaiteurs au titre du Mécénat (particuliers, entreprises) – Le partenariat peut s'établir sur des contreparties contractualisées et/ou sous forme de dons à l'association.

- ☐ Avec demande de reçu fiscal  
☐ Sans demande de reçu fiscal

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur et la charte citoyenne Sonerion qui m'ont été remis. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Je m'inscris en qualité de : ☐ à titre individuel ou comme 1er membre de la famille  
☐ 2ème membre de la famille – 10% sur la cotisation  
☐ 3ème membre et plus de la famille – 15% sur la cotisation

Je fournis pour mon inscription le règlement de ma cotisation d'un montant de : .....€

Fait à ....., le.....

*Signature (faire précéder la mention par lu et approuvé) du membre majeur, le cas échéant, du représentant légal :*



# BAGAD BRO MELENIG

## Droit à l'image

(ANNEE SCOLAIRE 2026/2027)

Agrément W 294007395

J.O.R.F. N°415 – 2/12/2017

SIRET 837 675 032 00010

APE 9499Z

Mail : [bagadbromelenig@gmail.com](mailto:bagadbromelenig@gmail.com)

Web : [bagadbromelenig.com](http://bagadbromelenig.com)

Facebook : Bagad Bro Melenig

Je, soussigné(e) (Nom / Prénom).....

Demeurant à (Adresse complète) .....

.....

Représentant légal de l'enfant (Nom / Prénom) .....

Agissant en qualité de (père/mère/tuteur) : .....

AUTORISE l'association Bagad Bro Melenig, dans le cadre de la réalisation de supports d'informations et de communications

☐ à photographier ou filmer mon enfant mineur (Nom / Prénom) .....

..... Lors des activités du Bagad Bro Melenig.

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise l'association Bagad Bro Melenig à fixer, reproduire et communiquer au public les images prises dans le cadre de la présente autorisation. Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'association Bagad Bro Melenig dans le cadre de la réalisation de ses supports d'informations et de communications, sans aucune limitation.

L'association Bagad Bro Melenig s'interdit expressément de procéder à toute exploitation de ces images de nature commerciale ou susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Fait à ....., le.....

Signature

*Siège social : Mairie d'ELLIANT – 1, rue du Docteur Laennec – 29 370 ELLIANT*

*E-mail : [bagadbromelenig@gmail.com](mailto:bagadbromelenig@gmail.com)*



# BAGAD BRO MELENIG

## Autorisation parentale Soins Urgents (ANNEE SCOLAIRE 2026/2027)

Agrément W 294007395  
J.O.R.F. N°415 – 2/12/2017  
SIRET 837 675 032 00010  
APE 9499Z  
Mail : [bagadbromelenig@gmail.com](mailto:bagadbromelenig@gmail.com)  
Web : [bagadbromelenig.com](http://bagadbromelenig.com)  
Facebook : Bagad Bro Melenig

Je, soussigné(e) (Nom / Prénom).....  
Demeurant à (Adresse complète) .....  
.....

Représentant légal de l'enfant (Nom / Prénom) .....  
Agissant en qualité de (père/mère/tuteur) : .....

AUTORISE le référent de l'association Bagad Bro Melenig M. et/ou Mme (Nom / Prénom)  
.....

A intervenir en cas de problème médical concernant mon enfant (Nom /  
Prénom) ..... né (e) le .....

Sous réserve qu'elle s'engage à : ☐ prévenir les parents  
☐ appeler le médecin

Docteur : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

- En cas d'urgence, appeler le SAMU 15 ou 112
- En cas d'hospitalisation, l'enfant sera conduit :  
à l'hôpital : ..... Tél. : .....  
à la clinique : ..... Tél. : .....

Fait à ....., le.....

Signature



# BAGAD BRO MELENIG

**Prise en charge par un tiers**  
(ANNEE SCOLAIRE 2026/2027)

Agrément W 294007395  
J.O.R.F. N°415 – 2/12/2017  
SIRET 837 675 032 00010  
APE 9499Z  
Mail : [bagadbromelenig@gmail.com](mailto:bagadbromelenig@gmail.com)  
Web : [bagadbromelenig.com](http://bagadbromelenig.com)  
Facebook : Bagad Bro Melenig

Je, soussigné(e) (Nom / Prénom) .....  
Demeurant à (Adresse complète) .....  
.....

Représentant légal de l'enfant (Nom / Prénom) .....  
Agissant en qualité de (père/mère/tuteur) : .....

AUTORISE M. et/ou Mme (Nom / Prénom) .....  
Demeurant à (Adresse complète) .....  
.....  
Tél. : .....

A venir chercher mon enfant mineur :

- ☐ de façon exceptionnelle  
☐ de façon régulière.

## PRESENTATION OBLIGATOIRE D'UNE PIECE D'IDENTITE

Fait à ....., le.....

Signature