« Club Broadway »

Tarif annuel
255 €

Les **jeudis**
-16h30 -prise en charge
- 17h00 : début activité
- 18h00 : fin activité
Lieu : ISM- 2, rue de l'abbaye-Salle Père Patrick Giraud

A partir du **CE2**

Premier cours le jeudi 17 septembre 2026

𝄞 Broadway c'est génial non ? Vous voulez vivre une immersion dans l'univers de la comédie musicale ? Venez découvrir cet art qui allie travail en chœur, technique vocale, mise en scène, représentation.

Cette activité, qui fait partie de l'association Maîtrise Sainte-Marie d'Antony se caractérise par la diversité du répertoire qu'il aborde.

En 2025, les enfants ont joué une adaptation de CATS (tout en anglais donc!).

En 2025-26, ils ont travaillé Notre-Dame de Paris!

Exercices de mise en place rythmique et d'oreille, travail corporel en relation avec le souffle et la musique, permettront à vos enfants de trouver un réel plaisir à chanter ensemble !

Il familiarise l'enfant avec les rythmes et les phrases musicales.

Pratique collective par excellence, le travail proposé vise l'épanouissement des élèves, tout en leur permettant de s'investir dans la vie de groupe.

Inscriptions par hello association
https://www.helloasso.com/associations/maitrise-d-antony/adhesions/adhesion-club-broadway

Vous avez des questions ? Vous pouvez nous écrire à primaire@maitrise-antony.com
Visitez notre site : https://www.maitrise-antony.com/

FICHE D'INSCRIPTION 2026 2027
CLUB BROADWAY

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

PARENTS

Adresse 1 (*adresse d'envoi des courriers*)

Nom :

Adresse :
Code postal : Commune :

Tél. fixe : Tél. portable :

Adresse mail :

Adresse 2

Nom :

Adresse :

Tél. fixe : Tél. portable :

Adresse mail :

Votre enfant possède t'il un titre de transport Navigo ? * OUI NON

** (Rayer la mention inutile)*

DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles collectées ci-dessus sont traitées par l'association Maîtrise Sainte Marie d'Antony pour la gestion de l'inscription et des activités de votre enfant. L'ensemble des champs est obligatoire.

La fourniture des données ci-dessus est indispensable pour la bonne exécution de l'activité de la Maîtrise Sainte Marie d'Antony décrite sur le site *www.maitrise-antony.com* et a pour fondement légal son intérêt légitime et le respect d'obligations légales.

Ces informations sont destinées au bureau de l'association Maîtrise Sainte Marie d'Antony.
Nous conservons vos données personnelles aussi longtemps que nécessaire pour mener les activités qui sont décrites sur le site de la maîtrise.
Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez vous opposer au traitement réalisé ou demander sa limitation. Vous pouvez émettre des directives sur la conservation, la suppression ou la communication des données personnelles après votre décès. Pour exercer vos droits, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante : Maîtrise Sainte Marie d'Antony, 2 Rue de l'Abbaye – 92160 Antony ou par mail à l'adresse suivante *: secretariat1@maitrise-antony.com*

DROIT A L'IMAGE

En tant que parent ou représentant légal de l'enfant nommé ci-dessus, je déclare (**merci de cocher)**

- ☐ autoriser les prises de vue individuelles de mon enfant lors des activités des chœurs, club chant, club Broadway, maîtrise (répétitions, concerts…). Ces images seront utilisées exclusivement pour la promotion des chœurs de la Maîtrise (tracts, affiches, site web, réseaux sociaux…) ou de la Fédération des Petits Chanteurs, pour les archives de l'association ou à destination des familles. NB : les noms des enfants n'apparaissent jamais sur les supports associés à l'image.

- ☐ Ne pas autoriser les prises de vue individuelles de mon enfant ni leur publication.

Date : Signature des parents ou représentants légaux :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON **cerfa N° 10008*02**
2026 - 2027

Photo d'identité	NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON □ FILLE □

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en août 2027. Merci de nous indiquer tout changement pendant de l'année.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	**DATES DES DERNIERS RAPPELS**	**VACCINS RECOMMANDÉS**	**DATES**
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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.

L'enfant at-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui □ non □	oui □ non □	oui □ non □	oui □ non □	oui □ non □
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
oui □ non □	oui □ non □	oui □ non □	oui □ non □	

Allergies : **ASTHME** oui □ non □ **ALIMENTAIRES** oui □ non □
MEDICAMENTEUSES oui □ non □ **AUTRES**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

_____

_____

_____

Indiquez ci-après :
Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

_____

_____

_____

Recommandations utiles des parents :
Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

_____

_____

_____

Observations diverses :

_____

_____

4 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM_____PRÉNOM_____

ADRESSE_____

NUMEROS DE TELEPHONE :

_____

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____
Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e),_____responsable de l'enfant _____déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Médecin traitant : _____

Tél :_____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date : Signature :