

# CIRQUE EN SCÈNE - Centre des Arts du Cirque

## Bulletin d'inscription Stage Spécifique **Enfant** - Année 2019-20

<input type="checkbox"/> 2 adhérents inscrits
<input type="checkbox"/> 3 adhérents inscrits

STAGE: \_\_\_\_\_ Dates \_\_\_\_\_  
 Dates \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dates \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Adhérent à l'année :**     **Oui - Groupe :** \_\_\_\_\_     **Non - Remplir ci-dessous**

Garçon  Fille    Adresse : \_\_\_\_\_  
 CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Adresse 2 (si elle est différente ou autre) : \_\_\_\_\_

Mail élève : \_\_\_\_\_ Portable élève : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom des responsables de l'enfant :  
 Responsable 1 : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 Responsable 2 : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 Téléphone autre : \_\_\_\_\_ Mails : \_\_\_\_\_  
 N° S.S. + Caisse et Ville : \_\_\_\_\_  
 Médecin traitant - Nom et Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Nom et téléphone des personnes à contacter si les parents ne sont pas joignables : \_\_\_\_\_

Coût stage 1	.....
Coût stage 2	.....
Coût stage 3	.....
+ Adhésion	.....
<b>9 €</b>	.....
+ Licence	.....
+ Contribution	.....
<b>TOTAL</b>	.....

### VACCINATIONS

Vaccins	Date du dernier rappel

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un <b>traitement médical</b> ?    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>oui</b> joindre une <b>ordonnance</b> récente et les <b>médicaments</b> correspondants ( <i>boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice</i> ) <b>Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>								
OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>								
SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>								
<b>ALLERGIES :</b> ASTHME    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> AUTRES.....	<b>PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR</b> si automédication le signaler									
<b>INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ</b> Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les <b>précautions à prendre</b> .	<b>RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS</b> Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...									

### ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'enfant \_\_\_\_\_

- 1- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- 2- autorise **ou** je n'autorise pas (**raier la mention inutile**) la direction de Cirque en Scène à présenter mon enfant à un médecin pour des soins à donner d'urgence et le cas échéant à faire pratiquer une intervention chirurgicale.
- 3- J'autorise **ou** je n'autorise pas (**raier la mention inutile**) la direction de Cirque en Scène à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre de l'activité cirque et le cas échéant à exploiter cette ou ces photo(s) et/ou ces films dans le cadre de sa promotion.
- 4- J'autorise **ou** je n'autorise pas (**raier la mention inutile**) mon enfant à rentrer seul à la fin de l'Atelier Cirque et décharge de toutes responsabilités Cirque en Scène, située au 30 chemin des Coteaux de Ribray à Niort.
- 5- J'ai bien pris connaissance du Règlement Intérieur de Cirque en Scène. À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature

### SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'enfant \_\_\_\_\_ certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou limiter la pratique d'activité physique à mon enfant. J'atteste que mon enfant n'a pas subi récemment d'opération médicale et/ou chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques. J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à son état de santé actuel. Je m'engage à signaler au responsable de Cirque en Scène toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation. Pour servir et valoir ce que de droit. À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature