

CIRQUE EN SCÈNE - Centre des Arts du Cirque

Bulletin d'inscription Atelier Adulte - Année 2017-18

A remettre à l'inscription :
Bulletin ci-dessous
Règlement (3 trimestres + licence + adhésion)
Fiche Sanitaire de Liaison
Certificat médical ou Décharge (voir au bas de la fiche sanitaire de liaison)
Justificatif de Quotient Familial (voir auprès de la CAF, Mairie de Niort ou nous fournir votre avis d'imposition)

GROUPE (rempli par l'école) : **le**
 (Ecrire en majuscule et lisiblement, SVP)

NOM : **PRÉNOM** :
 Date de naissance : Homme Femme
 Adresse :
 CP : Ville :
 Téléphone Domicile : Portable :
 Mail :

A remplir

Je soussigné(e)

1- autorise la direction de Cirque en Scène à me présenter pour des soins à donner d'urgence et le cas échéant à faire pratiquer une intervention chirurgicale.
2- autorise **ou** n'autorise pas (**raier la mention inutile**) la direction de Cirque en Scène à me photographier et/ou me filmer 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.
3- J'ai bien pris connaissance du Règlement Intérieur de Cirque en Scène.

À le Signature

Quotient Familial

(Entourer le QF correspondant)
Joindre justificatif

Montant : €

Justificatif QF

Tranche :

- * **QF 1** 0 à 193,99 €
- * **QF 2** 194 à 312,99 €
- * **QF 3** 313 à 484,99 €
- * **QF 4** 485 à 655,99 €
- * **QF 5** 656 à 916,99 €
- * **QF 6** 917 à 1062,99 €
- * **QF 7** 1063 à 1272,99 €
- * **QF 8** 1273 à 1482,99 €
- * **QF 9** 1483 à 1749,99 €
- * **QF 10** 1750 à 2064,99 €
- * **QF 11** 2065 à 2395,99 €
- * **QF 12** + de 2396 €

- 2 adhérents inscrits**
- 3 adhérents inscrits**

Partie réservée à l'école de cirque

Coût de l'atelier : € + Adhésion Cie Adulte : **9 € ou Famille : 25 €**
 Si adhésion Famille sur une autre fiche, nom et groupe :
 + Licence FFEC avec assu. : **20,90 € ou sans assu. : 19,90 €**
 Adhérent l'an passé Justificatif Assurance si Licence sans Assurance

TOTAL

Arrêt le Motif

FSL <input type="checkbox"/>	Certif. Médical <input type="checkbox"/> ou décharge <input type="checkbox"/>			Attestation de paiement <input type="checkbox"/>
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou
.....	..... € chq N°	et/ou .....	..... € esp	et/ou

↑ Préciser le mois Préciser Virement / CV : Chèque Vacances / CS : Coupon Sport / CC : Chèque Culture.↑

Infos :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom & Prénom : _____

HOMME

Date de Naissance : _____

FEMME

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

N° S.S. + Caisse et Ville :

Médecin traitant - Nom et Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Avez-vous un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui, infos importantes :

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES.....

PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
si automédication le signaler

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Nom et téléphone des personnes à contacter en cas de besoin :

.....
.....

ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le Signature :

SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou limiter ma pratique d'activité physique.

J'atteste ne pas avoir subi récemment d'opération médicale et/ou chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fais 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 mon état de santé actuel.

Je m'engage à signaler au responsable de Cirque en Scène toute modification de mon état de santé, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à le Signature :