

GRUPE (rempli par l'école) : ..... le .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : .....  Garçon  Fille

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Mail : ..... Portable : .....

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 :  
.....

#### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT

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**.

#### ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) .....

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 me présenter 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 me photographier et/ou 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.

4- 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) .....

certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible de m'interdire ou limiter la pratique d'activité physique.

J'atteste que je n'ai 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 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'infirmer cette attestation. Pour servir et valoir ce que de droit,

À ..... le ..... Signature

QF

.....

Coût

.....  
+ Adhésion  
**10€ ou 26€**

+ Licence

Licence  
Réduite  
(valable 3  
stages):  
7.30€

ou

Réduit  
valable 1  
weekend :  
1€

+

Contribution

.....  
**TOTAL**

.....  
 Attest