



GROUPE :

JOUR OU SEMAINE :

FICHE D'IDENTITÉ

Nom	Prénom	Date de Naissance
		/ /
Garçon ☐ Fille ☐	Adresse	
CP	Ville	☐ ☐
Téléphone Élève	Mail Élève	

ACCUEIL/GARDERIE (2€/JOUR): Oui ☐ Non ☐

Si oui : Nombre de jours : Jours

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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

Oui ☐ Non ☐

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)

en précisant les dates et les précautions à prendre.

Allergies : Asthme Oui ☐ Non ☐

Médicamenteuse Oui ☐ Non ☐

Alimentaire Oui ☐ Non ☐

Autres

RESPONSABLES

Responsable 1

Téléphone

Responsable 2

Téléphone

Mail 1

Mail 2

Personne à contacter si les responsables ne sont pas joignables

AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS

Je soussigné(e) , responsable légal(e) de

1- ☐ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

2- J'autorise ☐ ou Je n'autorise ☐ pas 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 ☐ 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 ☐ mon enfant à **rentre seul** à la fin de l'Atelier Cirque et décharge de toutes responsabilités Cirque en Scène, située au Fil Rouge, 30 chemin des Coteaux de Ribray à Niort.

5- ☐ Je consens au traitement de mes données personnelles conformément à la politique de confidentialité de Cirque en Scène et au respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès à vos données, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant : communication@cirque-scene.fr

6- ☐ J'ai bien pris connaissance du Règlement Intérieur et de ses conditions.

À Le Signature

SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) , responsable légal(e) de

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