



GROUPE : ATELIER PRATIQUE LIBRE 2025-26

FICHE D'IDENTITÉ

Nom	Prénom	Date de Naissance
		/ /
Homme ☐ Femme ☐	Adresse	
CP	Ville	
Téléphone	Mail	

Personne à contacter en cas d'urgence :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Suivez-vous un traitement médical ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, infos importantes :

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

en précisant les dates et les précautions à prendre.

Allergies : Asthme Oui ☐ Non ☐Alimentaire Oui ☐ Non ☐Médicamenteuse Oui ☐ Non ☐Autres

AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS

Je soussigné(e) 1- ☐ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.2- J'autorise ☐ ou Je n'autorise ☐ pas 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 ☐ 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- ☐ 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.fr5- ☐ J'ai bien pris connaissance du Règlement Intérieur et de ses conditionsÀ 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 ma pratique d'activité physique.

J'atteste que mon 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 son 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,

À Le

Signature