

Fiche d'inscription / SAISON 2022-2023

Enfant

Nom

Prénom.....

Date de naissance

Responsable de l'enfant

Nom

Prénom

Adresse

.....

Tel 1 Tel 2

E-mail

Je soussigné(e), autorise mon enfant
..... à pratiquer les arts du cirque au sein de
l'Association AUX AGRES DU VENT.

* Je l'autorise à partir seul à la fin du cours

* Je ne l'autorise pas à rentrer seul à la fin du cours et je m'engage à venir le chercher personnellement
ou je l'autorise à rentrer avec

J'autorise l'Association à faire usage des photographies de mon enfant dans le cadre de la promotion de ses
activités : * Oui * Non

*Cocher les cases correspondantes

Indications médicales

Vaccination tétanos : date vaccin : date rappel :

- Allergie(s) oui non

Si oui commentaire :

- Asthme oui non
- Diabète oui non
- Epilepsie oui non

Autre(s) pathologie(s).....

Antécédents médicaux : (intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), traumatisme(s), lésion(s) musculaire(s) :.....

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc...)

Décharge parentale

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école de cirque.

Je certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques à mon enfant.

J'atteste que mon enfant, ci-dessus mentionné, n'a pas subi récemment d'opération médicale/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 l'école toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation.

J'autorise l'école **Aux Agrès du Vent** à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

AUCUN TRAITEMENT MEDICAL NE SERA ADMINISTRE PAR L'ECOLE NI PAR AUCUN DES MEMBRES DE L'ENCADREMENT

Signature du représentant légal