

DOSSIER D'INSCRIPTION



NOM DU GROUPE:.....

x Bénéficiaire(s) :

NOM :..... Prénom(s) :..... Date(s) de naissance : .../.../.....

x Parents :

| Noms des parents | Numéros de téléphone | Adresse | Mail |
|------------------|----------------------|---------|------|
| Mère : | | | |
| Père: | | | |

x En cas d'absence, personnes à contacter :

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

x Personnes susceptibles de venir chercher mes enfants :

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

NOM :..... Prénom :..... Lien :..... Tél : .../.../ .../ .../ ...

Je soussigné(e)

- Autorise mon(mes) enfant(s) à participer à l'atelier ou stage mentionné sur cette fiche et à repartir avec les personnes mentionnées ci-dessus.
- M'engage:
 - à régler les frais d'inscription d'atelier ou de stage en totalité
 - à lire régulièrement les informations à l'entrée de la salle de cirque,
 - à venir à l'heure avec une tenue adaptée: vêtements souples, cheveux attachés et une bouteille d'eau,
 - à m'assurer que mon enfant rejoint bien la salle et que son intervenant est présent,

Date et Signature du représentant légal :

FICHE SANITAIRE

x Responsable de l'élève (pour les mineurs)

N° Sécurité Sociale :..... Responsable légal (père, mère ou autre)

x Indications médicales :

- Vaccination tétanos? - Allergie(s) ? Si oui commentaire :.....
- Asthme : oui / non - Diabète : oui / non - Épilepsie : oui / non
- Autre(s) pathologie(s)
- Antécédants médicaux : intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), trauma, lésion(s) musculaire(s) :
- Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse...) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements fournis sur cette fiche sanitaire. J'autorise l'école MidiCirque à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence. Je m'engage à signaler tout changement intervenant dans les renseignements ci-joint.

Date et Signature du représentant légal :

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



MidiCirque – Accueil mairie – Place de la République 31160 Aspet. N° SIRET: 529 683 658 00023.

Tel : 07 69 19 72 73

Mail : midicirque@gmail.com

Site : <http://midicirque.fr>