Planète Cirque - L’école de cirque du Grand Chalon

 FICHE D’INSCRIPTION

PHOTO

STAGE D’OCTOBRE

□1 SEMAINE 21 au 25 Octobre

□2 SEMAINE 28 octobre au 1 Novembre

Renseignements sur le participant :

NOM :……………………………………………………Prénom :………...……………………………………………………………..

Date de naissance :……………………………………… Lieu de naissance ……………………………………….

**Numéro de téléphone d’urgence : ………………………………………………. N° médecin traitant:……………………….**

Inscription au cours : ………………………………………………………………………………………….....................................

Renseignements sur le ou les responsables :

Nom du père :……………………………………………………… De la mère si différent : …………………………………………….

Adresse du participant :……………………………………………………………………………...…………………….......................................

Code postal : ………………………………. Ville : ……………………………………………………

Adresse mail : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Tél  1 : ………………………………………………………..Tél  2 : ………………………………………………………..

Pièces à joindre :

*(L’inscription ne sera définitive que pour tout dossier complet)*

 √ La fiche d’inscription √ La fiche sanitaire (au verso) √Certificat médical pratique du sport

√ Règlement :

Activité  **110 euro du lundi au vendredi accueil 7h30 h 18 h**

Je soussigné Mr/Me………………………..……… demande à adhérer à l’association des EEDF et de la FFEC.

J’autorise l’école de Cirque à prendre mon enfant en photo ou en vidéo pour illustrer le site web ou la page facebook ou toute autre parution concernant l’école. Ces images ne seront pas utilisées dans un but lucratif.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement (disponible sur planetecirque.opentalent.fr) et je m’engage à l’appliquer ou le faire appliquer.

**Fait à ……………………… le …………………………………. Signature**

**Planète cirque EEDF – 10 allée louise michel71100 Chalon s/s**

**Tel 07 83.45.05.37**

Planète Cirque - L’école de cirque du Grand Chalon

FICHE SANITAIRE

NOM :……………………………………………………………. Prénom :………………………………………………………………

Date de naissance :………/.………../………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………

CP : …………………………………… Ville : …………………………………………………

RESPONSABLE DU PARTICIPANT

N° Sécurité Sociale :………………………………………………………………

Responsable légal-e (père, mère ou autre) :…………………………………………………

Tél. domicile :……………………… Prof. :……………………Port. :…………………….

INDICATIONS MEDICALES

N° et Nom du médecin traitant :

Vaccination tétanos : date vaccin :……………………….. Date rappel :……………………

Allergie (s) oui\* non\*

Si oui commentaire :…………………………………………………………………………

Asthme oui\* non\*

Diabète oui\* non\*

Epilepsie oui\* non\*

(\*) Entourer la réponse

Autre(s) pathologie(s) :…………………………………………………………………………

Antécédents 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, etc…)

…………………………………………………………………………………………………..

DECHARGE PARENTALE

Je soussigné-e ………………………………………………………………………………...

Responsable légal-e de l’enfant : ………………………………………………………………

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J’autorise les responsables de **Planète Cirque**, A prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’urgence.

**Fait à ……………………… le …………………………………. Signature**