



Fiche d'Inscription Stage d'Expression Ludique et Théâtrale Octobre 2017

Cette fiche doit être accompagnée d'un **certificat médical** de non contre indication à la pratique d'activités cirque.

ENFANT:

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : **Sexe :** Masculin/féminin

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

RESPONSABLE LEGAL

Mère

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Adressede messagerie :@.....

N° sécurité sociale (en cas de déclaration d'accident) :

Tél Domicile :

Tél Travail :

Tél Portable :

Père

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Adresse de messagerie :@.....

N°sécurité sociale (en cas de déclaration d'accident) :

Tél Domicile : **Tél Travail :**

Tél Portable :

Droit à l'image

J'accepte que mon enfant soit photographié lors de l'activité et que les clichés soient éventuellement communiqués à la presse locale ou diffusés sur les supports de communication de l'association : OUI/NON

Autorisation à partir seul(e)

J'accepte que mon enfant parte seul après l'atelier : OUI/NON
L'association décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet.

Je règle la somme de _____ euros correspondant à la cotisation et l'adhésion annuelle à l'association 2017/2018.

Chèque	Montant	N° Chèque	Espèces

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant
_____ déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Date et signature (mention lu et approuvé)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Prénom : **NOM**

- VACCINATION CONTRE LE TETANOS (se référer au carnet de santé)

Date du vaccin : Date du dernier rappel :

- VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? OUI /NON (rayer la mention inutile)

- VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole – Varicelle – Angine – Rhumatisme Articulaire Aigu – Scarlatine – Coqueluche – Otite –
Rougeole – Oreillons

- VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE ?

Asthme / Médicamenteuse /Alimentaire / Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

- VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTES DE SANTE PARTICULIERES ? (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIREES, ETC ?

.....

NOM et Téléphone du Médecin Traitant.....

Je soussigné(e)..... responsable légal(e) de l'enfant.....déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur de l'atelier ou du stage à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature (mention lu et approuvé)