



## FICHE D'INSCRIPTION

**Nom et prénom de l'enfant :**

**Nom des Parents :**

**Date de naissance de l'enfant :**

**Adresse :**

**Code Postal :**

**Commune :**

**Téléphone Portable :**

**Téléphone domicile :**

**Email :**

**Autre personne autorisée à prendre l'enfant à la fin du cours :**

**Nom du médecin traitant :**

**Téléphone du médecin traitant :**

**Antécédents médicaux :**

**Traumatismes articulaires :**

**Allergies :**

**Asthme :**

**Epilepsie:**


**Diabète:**

**Recommandations Utiles (Lunettes, etc)**

**En cas d'accident,**

J'autorise  **Le transport de mon enfant à l'hôpital le plus proche.**

J'autorise  **Toute intervention médicale et/ou chirurgicale nécessaire à l'état de mon enfant.**

 **Merci de vous munir d'un certificat médical autorisant la pratique de la danse ou bien de signer la décharge que le responsable vous à remis.**

**Merci de sélectionner le cours choisi**

- « Les Babies» / A partir de 2 ans  
De 10h00 à 10h45  
Cours Parents / enfants
- « Les Grands» / De 8 ans à 9 ans  
De 13h00 à 14h15
- « Les Moyens» / De 6 à 7 ans  
De 14h30 à 15h30

- « Les Petits» / De 4 à 5 ans  
De 16h45 à 17h45 (Lundi)
- « Les Petits» / De 4 à 5 ans  
De 15h45 à 16h45
- « Les Ados» / A partir de 10 ans  
De 17h00 à 18h30

**Droit à l'image:**

Des photos et vidéos sont susceptibles d'être prise lors de spectacles (fin d'année ou stage).

L'utilisation sera restreinte à la communication de l'association «Le fil d'Ariane» (site Web et affiches).

Nous autorisez-vous à utiliser ces images?

**Oui**

**Non**

**Règlement intérieur:**

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association «Le Fil d'Ariane».

**Signature de l'adhérent ou du responsable légal:**

**Partie à conserver**



**NOUS CONTACTER**

WWW.FILARIANE.COM / CONTACT@FILARIANE.COM

06 20 46 23 91

**NOUS SUIVRE**

<https://www.facebook.com/lefilariane>



DOCUMENT DE DÉCHARGE ET DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES ARTS DU CIRQUE ET DE LA DANSE

Je, soussigné(e),  
NOM et prénom :

Responsable légal(e) de l'enfant  
NOM et prénom :

Inscrit(e) aux activités du

Jour et heure : , proposées par l'association Le Fil d'Ariane,

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'association toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le / /

Signature (du responsable légal pour les mineurs)