

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 des Arts du Cirque et de signer la décharge ci jointe.

Merci de sélectionner le cours choisi

« Les Babies» / A partir de 2 ans
De 10h00 à 10h45 (Mercredi)
Cours Parents / enfants

« Les Petits» / De 4 à 5 ans
De 11h15 à 12h15 (Mercredi)

« Les Grands» / De 8 ans à 9 ans
De 13h15 à 14h45 (Mercredi)

« Les Moyens» / De 6 à 7 ans
De 15h00 à 16h00 (Mercredi)

« Les Ados» / A partir de 10 ans
De 16h15 à 18h15 (Mercredi)

« Les Petits» / De 4 à 5 ans
De 16h45 à 17h45 (Lundi)

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?

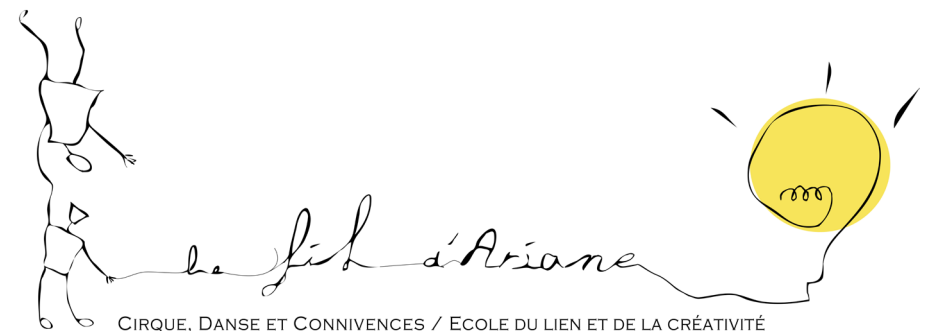
Oui

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:



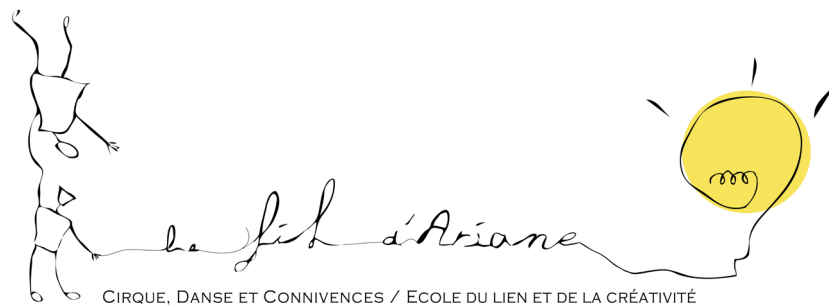
NOUS CONTACTER

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

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, 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'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)