

GROUPE (rempli par l'école) : **le**

Enfant : **NOM :** **PRÉNOM :**

Date de naissance : Garçon Fille

Adultes participants :

NOM : **PRÉNOM :**

Date de naissance : Garçon Fille **Lien de parenté :**

NOM : **PRÉNOM :**

Date de naissance : Garçon Fille **Lien de parenté :**

Adresse :

CP : **Ville :**

Portable 1 : **Portable 2 :** **Autre :**

Mails :

N° S.S. + Caisse et Ville :

Médecin traitant - Nom et Téléphone :

Nom et téléphone des personnes à contacter si les parents ne sont pas joignables :

QF
.....
Coût
.....
+ Adhésion
5 € ou 25 €
+ Licence
.....
+ Contribution
.....
TOTAL
.....
<input type="checkbox"/> Attest
assu

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - Enfant

VACCINATIONS DE L'ENFANT

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
MÉDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON
AUTRES

PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
si automédication le signaler

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ
Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - Adulte 1

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT

Avez-vous un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui, infos importantes :

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON
 AUTRES

PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

si automédication le signaler

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON – Adulte 2**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT**

Avez-vous un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui, infos importantes :

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON
 AUTRES

PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

si automédication le signaler

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant

1- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

2- autorise **ou** je n'autorise pas (**rayez la mention inutile**) la direction de Cirque en Scène à présenter mon enfant à un médecin pour des soins à donner d'urgence et le cas échéant à faire pratiquer une intervention chirurgicale.

3- J'autorise **ou** je n'autorise pas (**rayez la mention inutile**) la direction de Cirque en Scène à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre de l'activité cirque et le cas échéant à exploiter cette ou ces photo(s) et/ou ces films dans le cadre de sa promotion.

4- J'autorise **ou** je n'autorise pas (**rayez la mention inutile**) mon enfant à rentrer seul à la fin de l'Atelier Cirque et décharge de toutes responsabilités Cirque en Scène, située au 30 chemin des Coteaux de Ribray à Niort.

5- J'ai bien pris connaissance du Règlement Intérieur de Cirque en Scène.

À le Signature

SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant

certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou limiter la pratique d'activité physique à mon enfant.

J'atteste que mon enfant n'a pas subi récemment d'opération médicale et/ou 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 Cirque en Scène toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation. Pour servir et valoir ce que de droit,

À le Signature