

**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 : .....

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

**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	VARICELLE	ANGINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SCARLATINE	COQUELUCHE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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 (**ayer 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 (**ayer 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 (**ayer 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****Enfant :**

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

**Adulte 1 et 2 :**

Nous soussignons ..... et .....

**Ou**

Je soussigné(e) .....

Certifie (ions) ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible de nous ou m'interdire ou limiter la pratique d'activité physique.

J'atteste ou nous attestons que je n'ai ou n'avons pas subi récemment d'opération médicale et/ou chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait ou ne faisons pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques. J'atteste ou nous attestons avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume ou assumons l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à mon état de santé actuel.

Je m'engage ou nous engageons à signaler au responsable de Cirque en Scène toute modification de mon état de santé, susceptible d'infirmier cette attestation. Pour servir et valoir ce que de droit,

À ..... le ..... Signatures