

# CIRQUE EN SCÈNE - Centre des Arts du Cirque

## Bulletin d'inscription **Enfant** - Stage 2019-20

- 
- 2 adhérents inscrits
- 
- 
- 3 adhérents inscrits

SEMAINE : du ..... au .....  
 GROUPE : ..... ans Journée / Demi-Journée (**entourer**)  
 ACCUEIL : Nbre jours : ..... x 1€ = ..... €

**NOM** : ..... **PRÉNOM** : ..... **Date de naissance** : .....

Garçon  Fille Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Adresse 2 (**si elle est différente ou autre**) : .....

Nom et Prénom des responsables de l'enfant :  
 Responsable 1 : ..... Portable : .....  
 Responsable 2 : ..... Portable : .....  
 Téléphone 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 €</b>
(au 1er stage)
+ Licence
<b>7 €</b>
(pour 3 stages)
+ Accueil
.....
<b>TOTAL</b>
.....
<input type="checkbox"/> <b>Attest</b>
<b>Paiement</b>

### VACCINATIONS

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 <b>traitement médical</b> ?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>oui</b> joindre une <b>ordonnance</b> récente et les <b>médicaments</b> correspondants ( <i>boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice</i> ) <b>Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td>RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td>VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td>ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td>ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td>OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td>COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> <td>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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 AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
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 AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>								
<b>ALLERGIES :</b> ASTHME                    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES            OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> AUTRES.....	<b>PRÉCISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR</b> 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...

### 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 (**raier 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 (**raier 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 (**raier 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