



GROUPE : CIRQUE FAMILLE 11H15 - 12H30

FICHE D'IDENTITÉ

Nom	Prénom	Date de Naissance
		/ /
Garçon ☐ Fille ☐		

Adulte 1

Nom	Prénom	Date de Naissance
		/ /
Lien de parenté	Homme ☐ Femme ☐	

Adulte 2

Nom	Prénom	Date de Naissance
		/ /
Lien de parenté	Homme ☐ Femme ☐	

Adresse	
CP	
Ville	

Téléphone 1	Mail 1
Téléphone 2	Mail 2

Personne à contacter en cas d'urgence :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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

Oui ☐ Non ☐

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)

en précisant les dates et les précautions à prendre.

Allergies : Asthme Oui ☐ Non ☐Alimentaire Oui ☐ Non ☐Médicamenteuse Oui ☐ Non ☐Autres

Adulte 1

Suivez-vous un traitement médical ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, infos importantes :

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)

en précisant les dates et les précautions à prendre.

Allergies : Asthme Oui ☐ Non ☐Alimentaire Oui ☐ Non ☐Médicamenteuse Oui ☐ Non ☐Autres

Adulte 2

Suivez-vous un traitement médical ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, infos importantes :

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)

en précisant les dates et les précautions à prendre.

Allergies : Asthme Oui ☐ Non ☐

Alimentaire Oui ☐ Non ☐

Médicamenteuse Oui ☐ Non ☐

Autres

AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS

Je soussigné(e)

OU

Nous soussignons et

1- ☐ Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

2- Autorisons ☐ ou N'autorisons pas ☐ la direction de Cirque en Scène à nous présenter à un médecin pour des **soins à donner d'urgence** et le cas échéant à faire pratiquer une intervention chirurgicale.

3- Autorisons ☐ ou N'autorisons pas ☐ la direction de Cirque en Scène à nous **photographier et/ou filmer** 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- ☐ Nous consentons au traitement de mes données personnelles conformément à la politique de confidentialité de Cirque en Scène et au respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès à vos données, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant : communication@cirque-scene.fr

5- ☐ Nous avons bien pris connaissance du Règlement Intérieur et de ses conditions

À

Le

Signatures

SI VOUS NE FOURNISSEZ PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL

Enfant

Je soussigné(e) , responsable légal(e) de

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

Adultes

Je soussigné(e)

OU

Nous soussignons et

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