

## ATELIERS D'INITIATION AUX ARTS DU CIRQUE



## L'ENFANT

NOM .....

PRÉNOM.....

DATE DE NAISSANCE ...../...../.....

## LE RESPONSABLE LÉGAL

NOM .....

PRÉNOM .....

ADRESSE POSTALE

.....

.....

TÉLÉPHONE .....

MAIL .....

## CRÉNEAU D'INSCRIPTION

7-9 ans Mardi 17h30-19h	10 ans et + Jeudi 17h30-19h	3-4 ans Samedi 9h30-10h30	5-6 ans Samedi 10h45-11h45

POUR VALIDER L'INSCRIPTION, MERCI DE JOINDRE LE RÈGLEMENT À CE DOCUMENT.

## Autorisation parentale

J'AUTORISE MON ENFANT MENTIONNÉ CI-DESSUS À PARTICIPER À L'ATELIER D'INITIATION ET J'AUTORISE L'ENCADREMENT À PRENDRE TOUTES LES MESURES NÉCESSAIRES EN CAS DE PROBLÈMES MÉDICAUX.

J'AUTORISE L'ASSOCIATION COURTE ÉCHELLE À PRENDRE DES PHOTOS DE MON ENFANT LORS DE L'ATELIER CIRQUE ET À LES UTILISER DANS LE CADRE DE SES ACTIONS DE COMMUNICATION.

FAIT À ..... LE .....

**SIGNATURE**

L'ACTIVITÉ ARTS DU CIRQUE NE NÉCESSITE PAS LA PRÉSENTATION D'UN CERTIFICAT MÉDICAL.

NOUS VOUS DEMANDONS SIMPLEMENT DE COMPLÉTER LA DÉCHARGE SANTÉ SITUÉE AU VERSO.

# Fiche décharge santé



**JE SOUSSIGNÉ.E,** .....  
(NOM ET PRÉNOM)

**RESPONSABLE LÉGAL.E DE L'ENFANT** .....  
(NOM ET PRÉNOM)

**INSCRIT.E À L'ATELIER D'INITIATION AUX ARTS DU CIRQUE DU**  
.....(JOUR ET HEURE), **PROPOSÉ PAR**  
**L'ASSOCIATION COURTE ÉCHELLE,**

CERTIFIE NE PAS AVOIR CONNAISSANCE D'UN ÉTAT DE SANTÉ SUSCEPTIBLE D'INTERDIRE OU DE LIMITER LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE 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 CETTE ACTIVITÉ 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'INFIRMER CETTE ATTESTATION.

JE CERTIFIE QUE MON ENFANT EST À JOUR DE SES VACCINATIONS OBLIGATOIRES.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA SANTÉ DE MON ENFANT :  
.....  
.....  
.....

**FAIT À** ..... **LE** .....

**SIGNATURE**