



Association Les Arlequins
06.23.85.19.22.
Association.lesarlequins@gmail.com
N°SIRET : 84098855400035 Code NAF/APE : 8552Z

Association LES ARLEQUINS
Ecole de Cirque

FICHE D'INSCRIPTION

Choix du cours

Intitulé stage/cours : _____

Date/jour : _____ Horaires : _____ Montant : _____

Participant

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

Tél. parent 1 : _____ Tél. participant : _____

Tel. parent 2 : _____ Autre : _____

Informations santé

Contre-indications à la pratique des arts du cirque : _____

Problèmes de santé : _____

Particularités motrices/psychologiques : _____

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin de l'activité ? oui* ☐ non* ☐

Informations diverses

Profession du parent 1 : _____ parent 2 : _____

Autres loisirs pratiqués par les enfants : _____

Quel parent reçoit les infos ? parent 1*: ☐ parent 2*: ☐ les 2 parents*: ☐

Autres informations à savoir : _____

Droit à l'image

J'autorise l'association Les Arlequins à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre de ses cours/stages/spectacles de cirque, et d'utiliser les photos et images vidéo pour sa communication (presse, médias audiovisuels...) sans restriction de temps ?

oui* ☐ non* ☐

Règlement intérieur

J'atteste avoir lu et approuvé le règlement intérieur de l'association ?

oui* ☐ non* ☐

Autorisation de prise en charge médicale

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus, autorise en cas d'accident, l'Association Les Arlequins à prendre toutes les mesures nécessaire à la santé de mon enfant et autorise sa prise en charge par les services d'urgence (Pompiers/SAMU) ainsi que son transfert à l'hôpital le plus proche pour que puisse être pratiquée en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur mon enfant, par le corps médical consulté.

Fait à _____, le _____
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

*Cochez selon votre choix