



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



## 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) \_\_\_\_\_

Autorise en cas d'accident, l'Association Les Arlequins à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant et autorise sa prise en charge par les services d'urgence (Pompiers/SAMU) ainsi que sont 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



6 rue Joseph Thoret 13800 ISTRES  
Tél. : 06.23.85.19.22  
association.lesarlequins@gmail.com  
N°SIRET: 84098855400035 Code NAF: 8552Z



## DECHARGE SANTE

Je soussigné(e),

NOM et prénom : \_ \_ \_ \_ \_ .

Responsable légal(e) de l'enfant:

NOM et prénom : \_ \_ \_ \_ \_ .

Certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques 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 aux activités proposées par l'école de cirque Les Arlequins 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'école toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Signature

(du responsable légal pour les mineurs)