



Pratiquant

LABEL :

Déjà adhérent de Balles à Fond : Oui Non

Année de 1^{ère} inscription

NOM :

Prénom :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Ville/CP :

Date de naissance :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Adresse électronique (Une lettre MAJUSCULE par case) :

/_/

En cas d'urgence personne à contacter :

NOM :

Téléphone :

Réservé à Balles à Fond :

Date d'inscription : / /

Adhésion : 6 € 12 €

Licence FFEC 20,30 €

Activité 1 QF : / €

Activité 2 QF : / €

Activité 3 QF : / €

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e), demeurant à l'adresse mentionnée ci-dessus, autorise Balles à Fond : à capter à l'occasion des activités (ateliers, stages, spectacles) qu'elle développe ; et à exploiter, sur tous supports et en tous formats, pour son bénéfice exclusif et pour son seul usage (site Internet, plaquette de rentrée, communication générale et/ou événementielle) ; à titre gracieux ; mon image et mes propos.

Fait à Le

Signature du pratiquant :

Règlement

Je soussigné(e) déclare avoir lu et compris le règlement de la Maison du Cirque et en accepter les conditions.

Signature :



Fiche Sanitaire de liaison

Elève

Nom : Prénom :

N° Sécurité Sociale :

En cas d'urgence personne à contacter :

NOM :

Téléphone :

Indications médicales

ALLERGIES :	ASTHME :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	MEDICAMENTEUSE :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	AUTRES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Conduite à tenir :

Autre(s) pathologie(s)

Antécédents médicaux : (interventions chirurgicales, accidents, fractures, trauma, lésions Musculaires, crises convulsives)

Recommandations utiles : port de lunettes, lentilles, appareils acoustique/dentaire/ prothèse, etc.

Décharge

Je soussigné(e)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par mon état.

Date :

Signature :

Nota : AUCUN TRAITEMENT MEDICAL NE SERA ADMINISTRE PAR L'ECOLE NI PAR AUCUN DES MEMBRES DE L'ENCADREMENT.