



Fiche d'inscription

Réservé à Balles à Fond :

Date d'inscription : / /

Adhésion : 12 € 6 €

Activité LABEL :

Licence FFEC 20,90 €

Année de 1^{ère} inscription :

QF : / €

JE SOUSSIGNÉ(E), Nom, prénom,

.....

Date et lieu de naissance : / / à

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Téléphone travail :

E-mail (lisible) :

M'inscris aux activités suivantes :

Adulte Acrobaties <input type="checkbox"/>	Adultes Aériens <input type="checkbox"/>	Adultes toutes techniques <input type="checkbox"/>	Adultes/ados toutes techniques <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

J'autorise expressément 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 ou ceux de l'enfant dont je suis le responsable, sans limite de temps.

Fait à Le **Signature:**



Fiche Sanitaire de liaison

Nom/Prénom Assuré	Numéro de sécurité Sociale

Indications médicales

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

MEDICAMENTEUSE : OUI NON

AUTRES : OUI NON

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.

Attestation de non contre-indication à la pratique des arts du Cirque

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, atteste que ma santé ne présente aucune contre-indication à la pratique des arts du cirque et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par mon état. Je m'engage à signaler au responsable de l'école toute modification de mon état de santé susceptible d'infirmier cette attestation.

Date : **Signature**

AUCUN TRAITEMENT MÉDICAL NE SERA ADMINISTRÉ PAR L'ÉCOLE NI PAR AUCUN DES MEMBRES DE L'ENCADREMENT.

Personne à contacter en cas de nécessité :

Nom :Prénom :

Téléphone : Portable :

Observations particulières :