

**STAGE CIRQUE FOUESNANT :**

Du lundi 19 octobre 2015  
Au vendredi 23 octobre 2015  
10h00-13h00  
GYMNASE du LYCEE BREHOULOU

**Association Balles à Fond**

Maison du Cirque - 11 Rue du Maine  
29000 QUIMPER  
Tel : 02 98 10 29 83 – E-mail : ballesafond@wanadoo.fr  
**www.ballesafond.net**  
**BULLETIN D'INSCRIPTION 2015-2016**

**ENFANT:**

NOM :	Prénom :
Date de Naissance : / /	

**RESPONSABLES LEGAUX - PARENTS :**

NOM :	Prénom :
Adresse 1 :	CP : VILLE :
Adresse 2 :	e-mail :
Téléphone 1 :	
Téléphone 2 :	Téléphone 3 :

**Si différente, Personne à prévenir en cas d'URGENCE :**

NOM :	Prénom :
Téléphone 1 :	Téléphone 2 :

**Règlement:**

		Chèque	Espèces	Autre
5 jours + adhésion + licence temporaire	75.00 €			
5 jours + licence temporaire (déjà adhérent)	69.00 €			
5 jours (déjà adhérent et licencié à l'année)	62.50 €			

**DROIT A L'IMAGE**

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom : ..... Prénom : .....  
père [ ] mère [ ] tuteur [ ]

De l'enfant : Nom : ..... Prénom : .....

**AUTORISE (cochez les cases utiles) :**

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon enfant en situation de spectacles
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo le représentant dans le cadre de la communication de l'école de cirque Balles à Fond.

Date :

Signature :

Pouvez-vous nous indiquer très brièvement la manière dont vous avez connu l'école de Cirque Balles à Fond ?

.....Merci !

Fiche Sanitaire de liaison

Enfant pratiquant

Nom : ..... Prénom : .....

Responsable pour les mineurs :

N° Sécurité Sociale : .....

Responsable légal (père, mère ou autre) : .....

Tél. domicile : ..... Prof. : .....

Port. 1 : ..... Port. 2 : .....

Indications médicales

<b>ALLERGIES :</b>	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 parentale

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....

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 l'état de l'enfant.

Date :

Signature du représentant légal :

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