

**STAGE CIRQUE FOUESNANT :**

Du 13 au 17 février 2017
GYMNASE du LYCEE BREHOULOU
10h30-11h30 3-6 ans
14h-16h 6 ans et plus

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 2016-2017

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:

		+ adhésion annuelle oblig.*	+ licence temporaire **	total	Mode de règlement
3-6 ans 10h30-11h30	44 €	6€	6.70 €		
6 ans et plus 14h-16h	70 €	6€	6.70 €		

*sauf pour les enfants déjà adhérents en 2016-2017

**sauf pour les enfants déjà détenteurs d'une licence annuelle 2017

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

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 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.