

N° cours :

N° stage :

N° élève :



FICHE SANITAIRE

Stages du (dates).....au.....20.....

De (horaires).....h.....à.....h.....

Cours hebdomadaires du (jour).....de.....h.....à.....h.....

INFORMATIONS NÉCESSAIRES

Nom **Prénom** F / M

Date de naissance :

Vaccination DT Polio : **Oui** / **non** Derniers rappels :

La personne inscrite a-t-elle des allergies ? **Oui** / **Non**

Si oui précisez :

Indiquez les autres difficultés de santé

:

Antécédents médicaux (interventions chirurgicales, accidents, fractures, traumatismes, lésions musculaires):

.....

La personne inscrite suit-elle un traitement* : **Oui** / **Non** Si oui précisez

.....

* Aucun traitement médicale ne sera administré par l'école, ni par un membre de l'encadrement.

PERSONNES A CONTACTER SI NÉCESSAIRE

Nom : **Prénom** : **Portable** :

Nom : **Prénom** : **Portable** :

Nom : **Prénom** : **Portable** :



AUTORISATION PHOTOS / VIDÉO / DIFFUSION



Je soussigné(e) Madame/Monsieur.....

; autorise les membres de l'équipe à prendre des photos de moi / mon enfant : **Oui** / **Non**

*Nous avons besoin de prendre de nouvelles photos afin d'alimenter notre site internet et nos supports de communication, il est donc appréciable pour nous d'y être autorisés. Néanmoins ceci n'est en aucun cas une obligation, c'est pourquoi tout refus sera bien évidemment respecté.

DÉCHARGE

Je soussigné(e) (nom et prénom)
[responsable légal(e) de l'enfant (nom et prénom de l'enfant)]

Inscrit(e) aux activités proposées par l'école de cirque, certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques.

J'atteste que moi / mon enfant, ci-dessus mentionné, n'ai pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, de blessures traumatiques et ne fait l'objet d'aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques.

J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à une pratique qui serait due à son état de santé actuel.

Je m'engage à signaler au responsable de l'école toute modification de mon état de santé / celui de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le **Signature du responsable légal :**

DÉCLARATION RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e) Madame/Monsieur..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école.

- J'autorise le responsable de l'établissement à faire soigner mon enfant / moi-même et faire pratiquer les interventions d'urgence (éventuellement sous anesthésie générale) suivant prescription médicale : **Oui** / **Non**
- J'autorise mon enfant à quitter l'activité seul et à sortir des chapiteaux : **Oui** / **Non**

Si non, j'autorise (nom et prénom) à prendre mon enfant en charge à la sortie.

Le **Signature du responsable légal :**

