



Nom (s) : .....  
 Prénom (s) : .....  
 Date de Naissance : ...../...../.....  
 Adresse Postale : .....

Mail : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 Expériences en cirque, pratique artistique et sportive : .....

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (pour tous les élèves) :  
 Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT (pour les enfants mineur·eures) :  
 Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

COURS CHOISI : À l'unité - À l'année - À la carte (entourez la proposition)  
 Nombre de cours / semaine : .....  
 Jour(s)/Horaire(s) : .....  
 Remarques : .....

- Pièces à fournir :
- 1 photo d'identité
  - Certificat médical obligatoire autorisant la pratique du trapèze volant (POUR LES NOUVEAUX ADHERENTS OU ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX COURANT 2023/2024)
  - Adhésion à l'association
  - Autorisation parentale de sortie pour les mineur·es
  - Autorisation du droit à l'image
  - Autorisation de soin

Par ma signature, je m'engage à respecter intégralement les conditions d'inscription dont je déclare avoir pris connaissance dans le règlement intérieur (disponible au panneau d'affichage ou envoi par mail sur demande).

Fait à ..... Le ..... Signature

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Adhésion :

Moyen de paiement	Périodicité et date d'encaissement	Solde de tout compte

# AUTORISATION DE SOIN ET ÉTAT CIVIL DE L'ÉLÈVE/ADHÉRENT·E

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (1) Nom, Prénom.....,  
ou Père, mère, tuteur (1) demeurant à.....  
donne l'autorisation, à la COMPAGNIE CRAZY R, de faire pratiquer tous les premiers soins nécessaires ou faire intervenir les professionnel·les de santé sur moi / mon enfant,  
Nom,  
Prénom.....  
N° Sécurité sociale : .....

## INDICATIONS MÉDICALES

Vaccination tétanos : date vaccin : ...../...../..... Date rappel : ...../...../.....

Allergie(s) : oui / non → Si oui, commentaire : .....

Asthme : oui / non

Diabète : oui / non

Épilepsie : oui / non

Autre(s) pathologie(s) .....

Antécédents médicaux : (intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), trauma, lésion(s) musculaire(s) .....

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc) .....

Signature,

# AUTORISATION DE SORTIE POUR ÉLÈVE MINEUR·E

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (1) Nom, Prénom.....autorise / n'autorise pas (1) mon enfant à quitter l'enceinte de l'école sans être accompagné·e.  
Si il ou elle n'a pas le droit de sortie, je viendrai le chercher dès la fin du cours.

Signature,

# DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (1) Nom, Prénom....., Responsable légal·e (si mineur·e), donne l'autorisation, à la COMPAGNIE CRAZY R, de filmer, photographier, enregistrer (si mineur·e : mon enfant + nom et prénom) .....

..... lors des activités circassiennes et à reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées pour la promotion de la COMPAGNIE CRAZY R. Les images ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que la promotion de la COMPAGNIE CRAZY R.

Signature,

(1)Rayer les mentions inutiles