



FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

Réinscription

Rentrée semaine du 9 septembre 2024

Nom :

Prénom :

Groupe :

Horaires :

PLANNING COURS CIRQUE 2024/2025

"Liste d'attente" Essai possible la semaine du 16 au 21 septembre

TARIFS	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
310 €					4 - 5 ans 11 h - 12 h Liste d'attente	
330 €					4 - 5 ans 11 h - 12 h Liste d'attente	
330 €		6 ans et + 13 h - 14 h 30			6 ans et + 13 h 30 - 15 h Liste d'attente	
330 €		10 ans et + 14 h 30 - 16 h			6 ans et + 13 h 30 - 15 h Liste d'attente	
340 €	5 - 7 ans 17 h - 18 h 15	10 ans et + 14 h 30 - 16 h	6 ans et + 17 h - 18 h 30 Liste d'attente	8 ans et + 17 h - 18 h 30	Aériens spécialisation 8 ans et + 15 h - 16 h 30 Liste d'attente	
340 €	11 h 15 - 12 h 15	Confirmés 16 h - 17 h 30		Aériens spécialisation ados/adultes 18 h 30 - 20 h	Troupe spectacle 16 h 15 - 18 h 15	
2 cours/semaine 450 €	Adultes 19 h 45 - 21 h 15	Troupe spectacle 17 h 15 - 19 h 15				

NOTES :

- Ticket sport Boulazac accepté
- Pass culture accepté
- Habitant Boulazac - 20 €

Possibilité de régler en plusieurs fois

X complet / liste d'attente

Coordonnées :

Nom et Prénom de l'enfant :
.....

Date de naissance :..... Garçon Fille

Adresse :
.....
.....

CP : Ville :

Téléphone domicile :

Portable M : Portable P :

E-mail :

La communication avec les familles se fait prioritairement par e-mail

Indications médicales :

Vaccination tétanos : Date dernier vaccin :

Allergies : oui non Asthme oui non

Diabète : oui non Epilepsie oui non

Autres pathologies (précisez allergies ...) :

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

Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, appareils : auditifs, dentaires ...)

DECHARGE

Je soussigné(e) : NOM et prénom :
responsable légal(e)

de l'enfant NOM et prénom :

Certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques à mon enfant.

J'atteste que mon enfant, ci-dessus mentionné, n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications 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 cette pratique qui seraient dus à son état de santé actuel.

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

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le : .../.../..... Signature :

(du responsable légal pour les mineurs)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable de

l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école. J'autorise l'école de Cirque de Boulazac à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence.)

Signature du représentant légal :

Nota : Aucun traitement médical ne sera administré par l'école ni par aucun des membres de l'encadrement.

AUTORISATION DONNANT DROIT A L'IMAGE

Autorisons l'association « Cirquieme sens » école de cirque de Boulazac à utiliser les photos prises dans le cadre de l'école de cirque où apparaîtrait notre enfant. Ceci pour sa stricte utilisation, liée à sa documentation et à sa communication, papier ou informatique.

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Fait à Boulazac, le..... Signature