

## FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025


**Réinscription**

Nom :


Prénom :

Groupe :

Horaires :



### PLANNING COURS CIRQUE 2024/2025



TARIFS	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
310 €					4 - 5 ans 10 h - 11 h	
330 €					4 - 5 ans 11 h - 12 h	
330 €		6 ans et + 13 h - 14 h 30			6 ans et + 13 h 30 - 15 h	
330 €		10 ans et + 14 h 30 - 16 h			Aériens spécialisation 8 ans et + 15 h - 16 h 30	
340 €	5 - 7 ans 17 h - 18 h 15	Confirmés 16 h - 17 h 30	6 ans et + 17 h - 18 h 30	8 ans et + 17 h - 18 h 30		
340 €	<del>6 ans et + 17 h 15 - 18 h 15</del>	Troupe spectacle 17 h 15 - 19 h 15		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					

NOTES :

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

**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