



FICHE D'INSCRIPTION

Ecole de cirque Foyer des Jeunes de Falck 2015-2016
Désire inscrire mon enfant à l'atelier Cirque :

- Groupe 1 (6-8 ans)
- Groupe 2 (9-11 ans)
- Ados 1 (12-15 ans)
- Ados 2 (15 ans et plus)*

(*Rayer les mentions inutiles)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Classe _____

CONCERNANT LES PARENTS

Nom _____ Prénom _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Tél : 03- ____ - ____ - ____ - ____ Port. 06- ____ - ____ - ____ - ____
N°CAF _____ e-mail _____

PROFESSION / ADRESSE DE L'EMPLOYEUR DES PARENTS

Père _____
Mère _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom _____ Prénom _____
Tél : 03- ____ - ____ - ____ - ____ Port. 06- ____ - ____ - ____ - ____

DÉCLARATION À PRODUIRE PAR LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e) _____ père, mère, tuteur
(rayer les mentions inutiles)

Domicilié(e) à _____

Déclare inscrire et autoriser mon enfant à participer à toutes les activités prévues. Je déclare mon enfant sous la responsabilité des animateurs pendant les activités et donne à ce titre la possibilité à ceux-ci de prendre toutes les dispositions utiles et nécessaires en cas d'accident et d'urgence (interventions médicales et chirurgicales.) D'autre part, je m'engage, s'il y a lieu à rembourser à l'association organisatrice le montant des frais médicaux. Autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant sur des films ou des photographies dans le cadre de ses activités ou des manifestations organisées par l'association, à utiliser ces supports soit par voie de presse, soit sur Internet.

OUI* NON*
(*Rayer les mentions inutiles)

J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile familiale après l'activité proposée par l'association.

OUI* NON*
(*Rayer les mentions inutiles)

Info : Concernant l'atelier cirque veuillez nous fournir un certificat médical attestant que votre enfant est apte à pratiquer les arts du cirque.

Fait à _____ le __/__/2014

Signature

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION

Règlement

Par chèque : _____ € En espèce : _____ €

Carte de membre

Individuelle

Familiale