JE SOUSSIGNÉ(E), Nom, prénom,

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

E-mail :

M’inscris aux activités suivantes :

* **Le Cirque au féminin** 
* **Adultes pratiques accompagnées** 
* **Adultes pratiques accompagnées – aériens \*** 
* **Adultes pratiques accompagnées – jonglerie \* **

\* Romain Cabon et Loïc Apard animeront des ateliers ponctuellement, en fonction de leur activité artistique.

Droits à l’image :

**J’ autorise / n’autorise pas** (Rayer la mention inutile expressément Balles à Fond à capter à l’occasion des activités (ateliers, stages, spectacles) qu’elle développe et à exploiter, sur tous supports et en tous formats, pour son bénéfice exclusif et pour son seul usage (site Internet, plaquette de rentrée, communication générale et/ou événementielle), à titre gracieux, mon image et mes propos , sans limite de temps.

Fait à ............................................... Le ..........................................

**Signature:**

**Verso à remplir SVP** **⮱**

**Fiche Sanitaire de liaison**

**Recommandations que vous jugez utile de porter à notre connaissance:**

(port de lunettes, lentilles, appareils acoustique/dentaire/ prothèse, antécédents médicaux…)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, atteste que ma santé ne présente aucune contre-indication à la pratique des arts du cirque et autorise le responsable de l’activité à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par mon état.

Je m’engage à signaler au responsable de l’école toute modification de mon état de santé susceptible d’infirmer cette attestation.

Date : **Signature**

AUCUN TRAITEMENT MÉDICAL NE SERA ADMINISTRÉ PAR L’ÉCOLE NI PAR AUCUN DES MEMBRES DE L’ENCADREMENT.

Personne à contacter en cas de nécessité :

Nom : ……………………………………………………………………Prénom : ………………………………………………………………………..

Portable : ……………………………………………….