



Compagnie Badinage Artistique

Nom :

.....

Prénom :

.....

BULLETIN D'INSCRIPTION

Année 2023-2024

ATELIER CIRQUE

- 6-8 ans / Mercredi 13h30 - 15h
- 3-5ans / Mercredi 15h15 – 16h15
- 9-12 ans / Mercredi 16h30 – 18h

ATELIER REMISE EN FORME (ADULTE)

- 19h – 20h avec Julie'FitCo

ATELIERS THEMATIQUES (GRATUIT)

- Conseil des enfants (primaire) / Mercredi 9h – 12h
- Conseil des enfants (collège) / Samedi 9h – 12h
- Compagnie amateur (7 ans et +) / Vendredi 18h – 19h30

RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone : Mail :

AUTORISATIONS DU REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'USAGER

J'autorise **Je n'autorise pas** à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies me concernant, ou concernant la personne dont je suis le représentant légal, ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité dans le cadre de la promotion de l'atelier cirque.

J'autorise **Je n'autorise pas** mon enfant à rentrer seul.

En votre absence, dans le cas où votre enfant n'est pas autorisé à rentrer seul, il devra être pris en charge par une personne habilitée à le faire. Vous aurez pris soin d'en informer les initiateurs. La compagnie Badinage Artistique se dégage de toute responsabilité vis-à-vis de la personne envoyée par la famille.

FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALES

NOM et PRÉNOM de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de naissance :

J'autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale de mon enfant, au cas où, il serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide. En cas d'urgence, le personnel s'efforce de prévenir la famille au moyen des numéros de téléphone que vous avez indiqués. Les enfants accidentés ou malades sont orientés et transportés par les services de secours d'urgence vers l'hôpital, à moins que leur état ne permette une certaine attente dans le cas où la famille peut les prendre en charge elle-même.

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

Contact n° 01 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Contact n° 03 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Contact n° 02 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Contact n° 04 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

INFORMATIONS MÉDICALES

Groupe sanguin :

A jour des vaccinations : Oui Non

Allergie(s) :

Problèmes médicaux (asthme, épilepsie, diabète, ...) :

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

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

Allergie (Maquillage) :

