



Compagnie Badinage Artistique

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Stage Printemps 2024

### STAGE CIRQUE DECOUVERTE DU 29 AVRIL AU 3 MAI 2024

- A partir de 6 ans, ateliers découverte arts du cirque (9h - 12h)

### STAGE CIRQUE APPROFONDISSEMENT DU 29 AVRIL AU 3 MAI 2024

- A partir de 6 ans, ateliers approfondissement arts du cirque (14h - 17h)

### STAGE NATURE DU 29 AVRIL AU 03 MAI 2024

- A partir de 6 ans, ateliers nature (14h - 17h)

### STAGE CIRQUE COMPLET (FOURNIR UN PIQUE NIQUE POUR LE MIDI)

- A partir de 7 ans, ateliers cirque découverte et approfondissement (9h - 17h)

### STAGE CIRQUE & NATURE COMPLET (FOURNIR UN PIQUE NIQUE POUR LE MIDI)

- A partir de 7 ans, ateliers cirque découverte et nature (9h - 17h)

### RESPONSABLE LÉGAL

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 À JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

Contact n° 01 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Contact n° 02 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Contact n° 03 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Contact n° 04 :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

## INFORMATIONS MÉDICALES

Groupe sanguin :

À 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) :

