

FICHE SANITAIRE (du participant à l'activité)

Nom et Prénom:

Date de naissance : Sexe*: M F

Nom du responsable légal (pour les mineurs).....

Qualité *: père, mère, tuteur légal

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : domicile : professionnel : portable :

INDICATIONS MÉDICALES :

asthme : diabète : épilepsie : autres pathologies :

antécédents médicaux : intervention(s) chirurgicale(s), fracture(s), lésion(s) musculaire(s) :

.....

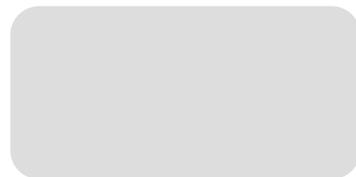
recommandation(s) utile(s) :

Je certifie sur l'honneur que l'ensemble des renseignements porté sur cette feuille est exact.

Fait àle

Signature

(du responsable légal pour les mineurs)



DÉCHARGE – Non présentation de certificat médical

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant (si le participant est mineur)..... inscrit(e) aux activités proposées par l'association l'Art d'En Faire, **reconnais ne pas fournir de certificat médical de non contre-indication à la pratique des arts du cirque. J'assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à mon/son* état de santé actuel.**

Par ailleurs je déclare que moi-même/mon enfant*, ci-dessus mentionné, **n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, n'a pas eu de blessure traumatiques récentes et ne fait pas l'objet de contre-indications de pratique d'activités physiques.**

Je certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques.

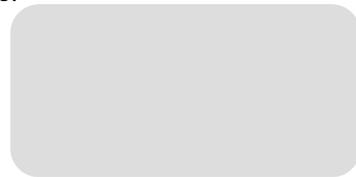
J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Le

Signature

(du responsable légal pour les mineurs)



pour les moins de 18 ans DÉCHARGE PARENTALE

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de : père, mère, tuteur légal* de l'enfant (nom, prénom)..... **l'autorise à participer à l'atelier cirque** de l'association **L'Art d'En Faire** : (préciser les dates des stages, ou jour et horaire des ateliers hebdomadaires)

J'autorise les encadrants de cette association à prendre toutes les dispositions médicales et chirurgicales que nécessiterait l'état de mon enfant. Je note qu'aucun traitement médical ne sera administré par aucun des membres de l'encadrement.

Le

Signature

