

Bulletin d'inscription - DUOS

Un bulletin d'inscription par duo. Pour inscrire un 2^{ème} parent, remplir un bulletin d'inscription adulte et prévoir une licence.

CADRE RÉSERVÉ AU SECRÉTARIAT

La possibilité de payer en 3 fois est une facilité de paiement et ne constitue pas une inscription au trimestre.
Les différents chèques sont tous à remettre à l'inscription pour la valider.

RÈGLEMENT

Mode de règlement : Montant cours (avec réduction fratrie) :

Montant famille :

ECHEANCES : OCTOBRE (adhésion + licence) : OCTOBRE :

JANVIER : AVRIL :

ENSEIGNEMENT

Sous réserve de validation avec le secrétariat (selon places disponibles)

Niveau : **DUO PARENT / ENFANT** MERCREDI : 17h15-18h15 SAMEDI : 9h-10h

LE PARENT (pratiquant ET adhérent)

Monsieur Madame Cocher si déjà adhérent en 2017 / 2018

NOM : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

Si Strasbourg, quartier :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bourse / Esplanade / Krutenau | <input type="checkbox"/> Centre / République |
| <input type="checkbox"/> Centre / Gare | <input type="checkbox"/> Cronenbourg / Hautepierre / Poteries / Hohberg |
| <input type="checkbox"/> Conseil des XV / Rotterdam | <input type="checkbox"/> Koenigshoffen / Montagne Verte / Elsau |
| <input type="checkbox"/> Neudorf / Schultfeld / Port du Rhin / Musau | <input type="checkbox"/> Meinau |
| <input type="checkbox"/> Neuhof / Stockfeld / Ganzau | <input type="checkbox"/> Robertsau / Wacken |

Code postal : Ville :

Pays :

Tél 1 : / / / / Tél 2 : / / / /

E-mail 1 :

LE PARENT - SANTÉ

N° de sécurité sociale : Nom de l'assuré :

Nom du médecin traitant :

Adresse : Tél : / / / /

VACCINATION ANTITÉTANIQUE (DTP) - OBLIGATOIRE POUR S'INSCRIRE AUX ACTIVITÉS. Aucun accès au cours tant que l'information ne sera pas communiquée au secrétariat (pratiquants allemands : signer une décharge, disponible au secrétariat)

Date du 1er vaccin : / / Date du dernier rappel : / /

Allergie(s) :

Asthme : Diabète :

Epilepsie : Autres :

Antécédents médicaux :

Recommandations particulières en cas d'intervention des secours (port de lentilles, etc...) :

.....

.....

En cochant la mention suivante et en signant le document, vous attestez de votre bonne santé pour la pratique des arts du cirque (nul besoin de nous transmettre un certificat médical).

Je certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter ma pratique d'activités physiques. J'atteste que je n'ai pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, que je n'ai pas eu de blessures traumatiques récentes, et que je ne fais pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques. J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à mon état de santé actuel. Je m'engage à signaler au responsable de l'école toute modification de mon état de santé, susceptible d'infirmier cette attestation.

L'ENFANT

Monsieur Madame

NOM : Prénom :

Date de naissance :

L'ENFANT - SANTÉ

N° de sécurité sociale : Nom de l'assuré :

Nom du médecin traitant :

Adresse : Tél : / / / /

VACCINATION ANTITÉTANIQUE (DTP) - OBLIGATOIRE POUR S'INSCRIRE AUX ACTIVITÉS. Aucun accès au cours tant que l'information ne sera pas communiquée au secrétariat (pratiquants allemands : signer une décharge, disponible au secrétariat

Date du 1er vaccin : / / Date du dernier rappel : / /

Allergie(s) :

Asthme : Diabète :

Epilepsie : Autres :

Antécédents médicaux :

Recommandations particulières en cas d'intervention des secours (port de lentilles, etc...) :

.....

.....

En cochant la mention suivante et en signant le document, vous attestez la bonne santé de votre enfant pour la pratique des arts du cirque (nul besoin de nous transmettre un certificat médical).

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

J'atteste que mon enfant, ci-dessus mentionné, n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, n'a pas eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques. J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à son état de santé actuel. Je m'engage à signaler au responsable de l'école toute modification de l'état de santé de mon enfant, susceptible d'infirmier cette attestation.

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les deux participants) :

Personne 1 - NOM : **N° tél :** / / / /

Lien de parenté :

Personne 2 - NOM : **N° tél :** / / / /

Lien de parenté :

Autre(s) enfant(s) inscrit(s)

Nom / prénom : Groupe : Jour :

Nom / prénom : Groupe : Jour :

L'inscription est valable pour l'année entière, elle devient définitive après 2 cours d'essai effectués entre septembre et les vacances de la Toussaint. Sans nouvelle de votre part, l'inscription est due à l'année à partir de la fin des vacances de la Toussaint.

COVOITURAGE

- J'autorise Graine de Cirque à communiquer à d'autres adhérents mon e-mail, afin de faciliter le transport des élèves.
- J'autorise Graine de Cirque à communiquer à d'autres adhérents mon n° de téléphone, afin de faciliter le transport des élèves.
- Je n'autorise pas Graine de Cirque à communiquer à d'autres adhérents mon n° de téléphone, mon e-mail.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association lors de l'inscription, et j'autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires en cas d'accident (intervention des services d'urgence, hospitalisation).

DATE :

SIGNATURE DU TUTEUR PRINCIPAL (ADHÉRENT) :