

BULLETIN D'INSCRIPTION

ADULTE

<input type="checkbox"/> Chèques	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre: montant:.....
<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} trimestre: montant:.....
<input type="checkbox"/> Chèques Vacances	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} trimestre: montant:.....
<input type="checkbox"/> Adhésion et Licence: montant:.....	
<input type="checkbox"/> Paiement en une fois: montant:.....	

JE SOUSSIGNE(E) M. OU MME. (Nom/Prénom) :

DÉJÀ ADHÉRENT EN 2016-2017 (Si vos informations personnelles ont changé depuis la saison dernière, merci de l'indiquer ci-dessous, sinon vous pouvez tout de suite passer au tableau d'inscription)

DATE DE NAISSANCE : SEXE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : QUARTIER :

TELEPHONE (DOMICILE) : PORTABLE :

TELEPHONE (TRAVAIL) : POSTE :

E-MAIL (LISIBLE) :

Comment avez-vous entendu parler de Graine de Cirque (Bouche à oreille, internet, amis...) ? :

➤ M'inscris au cours adulte du de ... h ... à ... h ...

➤ M'inscris au cours spécialisé ACROBATIE / AERIENS - MAT CHINOIS / JONGLERIE / EQUILIBRES SUR OBJETS (Entourer le cours choisi)

Attention : l'inscription est valable pour l'année entière, et devient définitive après deux cours d'essai qui devront être effectués entre le mois de septembre et les vacances de la Toussaint.

La possibilité de payer en 3 fois est une facilité de paiement et ne constitue pas une inscription au trimestre. Les différents chèques de règlement pour l'année sont nécessaires à la prise en compte de l'inscription.

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

J'autorise GRAINE DE CIRQUE à communiquer à d'autres adhérents mon **numéro de téléphone**, afin de faciliter les transports (co-voiturage) :

OUI NON

J'autorise GRAINE DE CIRQUE à communiquer à d'autres adhérents mon **e-mail**, afin de faciliter les transports (co-voiturage) :

OUI NON

Date et signature de l'adhérent :

FICHE SANTE AU DOS

FICHE SANTÉ

Nom/Prénom de l'assuré	Numéro sécurité sociale

MEDECIN TRAITANT

NOM :
ADRESSE :
TELEPHONE :

VACCINATION ANTITETANIQUE (Si besoin, joindre une photocopie du carnet de vaccination)

Date du vaccin	Date du dernier rappel
..... /..... /..... /..... /.....

RECOMMANDATIONS MEDICALES PARTICULIERES

Allergies : OUI NON
Si oui
laquelle ?
Asthme OUI NON
Diabète OUI NON
Epilepsie OUI NON
Autres pathologies :
.....

Antécédents médicaux :
.....
Recommandations particulières (à préciser aux services de secours en cas d'accident) :
.....
.....

Personnes à contacter en cas de nécessité :

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE

DATE :

SIGNATURE :