

BULLETIN D'INSCRIPTION

<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 SOUSSIGNÉ(E), (nom prénom) (PARENT N° 1 Adhérent) :

DÉJA ADHÉRENT EN 2016-2017 (Si vos informations personnelles ou celles du deuxième parent ont changé depuis la saison dernière, merci de l'indiquer ci-dessous, sinon passez au tableau d'inscription)

ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE : QUARTIER (Si vous habitez à Strasbourg):
TELEPHONE (DOMICILE) : PORTABLE : TELEPHONE (TRAVAIL) :
E-MAIL PARENT : E-MAIL ELEVE (si + de 16 ans):

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

PARENT N° 2 : (nom prénom) :

ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE : QUARTIER (Si vous habitez à Strasbourg):
TELEPHONE (DOMICILE) : PORTABLE : TELEPHONE (TRAVAIL) :
E-MAIL (LISIBLE) :

Dans le cas de **familles monoparentales ou séparées**, l'adhésion est rattachée au foyer du parent N°1, signataire du bulletin d'inscription.

Merci de nous indiquer s'il y a une garde partagée : oui non et à quel rythme :

Merci d'indiquer dans la fiche santé si l'autre parent est amené à prendre en charge l'enfant après l'activité.

Merci de nous indiquer tout changement de situation pouvant intervenir dans l'année ayant une incidence sur ces éléments.

Inscris mon/mes enfant(s):

NOM	Prénom	Date de naissance	Âge	Sexe	Module/Niveau	Jour	Horaire
		.../.../...		F G
		.../.../...		F G

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.

J'autorise GRAINE DE CIRQUE à communiquer à d'autres adhérents mon numéro de téléphone, mon e-mail, afin de faciliter le transport des élèves (co-voiturage)

Je n'autorise pas GRAINE DE CIRQUE à communiquer à d'autres adhérents mon numéro de téléphone ou 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 et signature de l'adhérent :

FICHE SANTE AU DOS

FICHE SANTÉ

Nom/Prénom enfant(s)	Nom/Prénom de l'assuré	Numéro sécurité sociale

MEDECIN TRAITANT NOM :
 ADRESSE :
 TELEPHONE :

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

Nom/Prénom enfant(s)	Date du vaccin	Date du dernier rappel
 /..... /..... /..... /.....
 /..... /..... /..... /.....

RECOMMANDATIONS MEDICALES PARTICULIERES (en cas d'inscription de plusieurs enfants, préciser le nom de l'enfant concerné, si besoin copier ce document ou joindre un document annexe)

Allergies : OUI NON
 Si oui
 laquelle ?
 Asthme OUI NON
 Diabète OUI NON
 Epilepsie OUI NON
 Autres pathologies :
 Antécédents médicaux :
 Recommandations particulières à préciser aux secours en cas d'accident (port de lunettes, de lentilles...) :

Si vous êtes absent(e), personnes à contacter en cas de nécessité

Nom : Prénom : Téléphone :
 Observations particulières :
 Nom : Prénom : Téléphone :
 Observations particulières :

Personne(s) autorisée(s) à prendre en charge le/les enfant(s) après l'activité, dont le deuxième parent s'il y a lieu (garde partagée par exemple) :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTÉ

Pour les grands élèves, si vous souhaitez les laisser rentrer seuls après l'activité, merci de joindre un courrier manuscrit daté et signé précisant les horaires et dates, et stipulant la décharge de responsabilité de l'association Graine de Cirque.

DATE :

SIGNATURE :