

N° cours :
N° stage :
N° élève :



FICHE SANITAIRE

Stages du (dates) au 20.....
de (horaires) h à h

Cours hebdomadaires du (jour) de h à h

INFORMATIONS ENFANT

Nom : **Date de naissance** : / /

Prénom : Garçon Fille

Vaccination DT Polio : **oui** **non** Derniers rappels :

L'enfant a-t-il une/des Allergie(s) ? **oui** **non**

Si oui précisez :

Indiquez les autres difficultés de santé :

Antécédents médicaux (interventions chirurgicales, accidents, fractures, traumatismes, lésions musculaires) :

L'enfant suit-il un traitement* ? **oui** **non**

Si oui précisez :

**Aucun traitement médical ne sera administré par l'école, ni par aucun membre de l'encadrement.*

PERSONNES À CONTACTER SI NÉCESSAIRE

Nom : **Prénom** :

Tél. Domicile : Travail : Portable :

Nom : **Prénom** :

Tél. Domicile : Travail : Portable :

Nom : **Prénom** :

Tél. Domicile : Travail : Portable :



DÉCHARGE



Je soussigné(e), (*nom et prénom du responsable*),
responsable légal(e) de l'enfant (*nom et prénom de l'enfant*),

inscrit(e) aux activités proposées par l'école de cirque, 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, de blessures traumatiques et ne fait l'objet d'aucune contre-indication 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 une pratique qui serait due 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.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Le / / 20.....

Signature du responsable légal :

DÉCLARATION RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e) Monsieur, Madame,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'école.

- J'autorise le responsable de l'établissement à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence (éventuellement sous anesthésie générale) suivant prescription médicale :

oui non

- J'autorise mon enfant à quitter l'activité seul et à sortir des chapiteaux :

oui non

Si non, j'autorise (*Nom et Prénom*) à prendre mon enfant en charge à la sortie.

Le / / 20.....

Signature du responsable légal :

