



CIRQU'INTÉRIEUR

ÉCOLE DE CIRQUE

Fiche d'inscription

Stage vacances TOUSSAINT

ADHÉSION ☐

JUSTIFICATIF CAF ☐

PAIEMENT ☐

SIGNATURE ☐

SEMAINE : DU 19 AU 23 OCTOBRE 2026

HORAIRE : ☐ enfant de 4 à 6ans DE 10H À MIDI

Participant

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Informations parentales

NOM, Prénom :

Code postal : Ville :

Tél : E-mail :

Adhésion : L'adhésion d'un montant de 10€ minimum est obligatoire pour toute activité sous chapiteau. Elle est familiale et a une validité de un an (septembre à juillet).

☐ Ancien adhérent ☐ Adhésion simple

Tarifs : Le tarif du stage est calculé en fonction du créneau horaire et de votre quotient familial CAF. En l'absence de justificatif, le tarif le plus élevé est appliqué.

(M : Matin de 4 à 6 ans / A-M : après-midi - 7 ans et plus)

QF1 (0 à 599)	☐ M : 55€	☐ A-M : 75€	QF4 (1250 à 1749)	☐ M : 85€	☐ A-M : 105€
QF2 (600 à 949)	☐ M : 65€	☐ A-M : 85€	QF5 (sup à 1750)	☐ M : 95€	☐ A-M : 115€
QF3 (950 à 1250)	☐ M : 75€	☐ A-M : 95€			

Mode de paiement : ☐ CB ☐ VIR ☐ CHQ ☐ Autre :

Règlement intérieur :

☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur et en accepte le contenu.

Autorisation parentale

Récupération par un tiers

J'autorise.....en qualité de (membre de la famille, assistante maternelle etc.) à récupérer mon enfant à la fin du cours des arts du cirque sur le site où est implanté Cirqu'INTERIEUR.

Tél :

Droit à l'image

Autorisez-vous Cirqu'INTERIEUR à utiliser des photos et vidéos de votre enfant prises lors des séances ou des spectacles pour la communication de l'association ? (papier, et/ou numérique)

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas





CIRQU'INTÉRIEUR

ÉCOLE DE CIRQUE

Fiche santé

Informations médicales

Médecin traitant : Tél :

Allergies : Alimentaires ☐ Oui ☐ Non Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non

.....

Votre enfant est-il en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Intervention médicale

Je soussigné(e)

responsable légal de

En cas d'accident qui nécessiterait l'intervention des pompiers ou du SAMU,

☐ J'autorise le transport au service des urgences du centre hospitalier le plus proche.

☐ J'autorise l'intervention médicale ou chirurgicale jugée nécessaire par les services médicaux compétents.

☐ 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 n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni 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 tiens néanmoins à signaler que

.....

☐ 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,

Fait à :

Date : ____/____/____

Signature :

