

# FICHE D'INSCRIPTION

Cadre réservé à l'administration :

Année scolaire 2019/2020

Cours de : \_\_\_\_\_

Certificat médical ou décharge : \_\_\_\_\_

Paiement: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : F - M

Age : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fix : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Portable de la mère : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Portable du père : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Parents séparés ? Oui Non

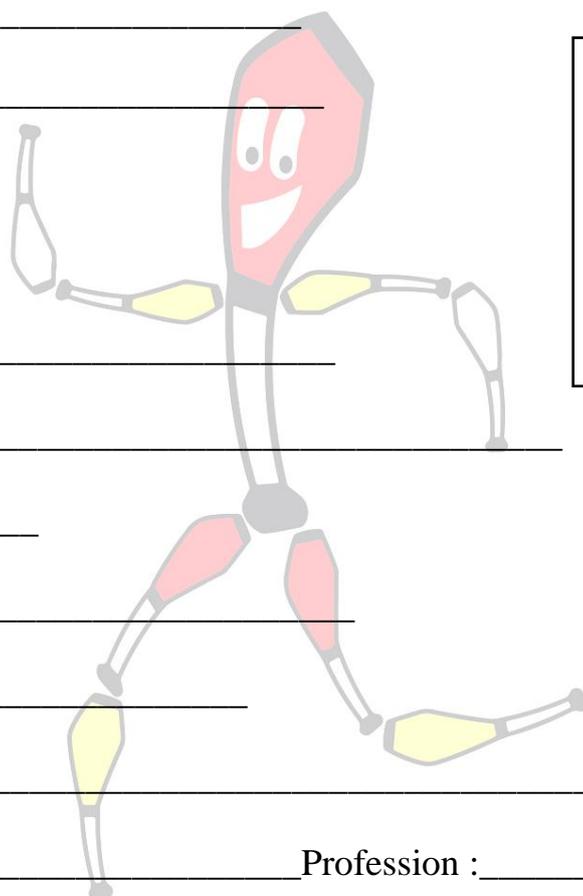
Allergie : OUI NON

préciser : \_\_\_\_\_

Problèmes particulier : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Photo



CAPELLA  
PAYS DE FAYENCE

## AUTORISATIONS :

Je soussigné \_\_\_\_\_ agissant en qualité de père / mère,  
autre \_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_

✓ à participer au cours de cirque de l'école de cirque CAPELLA OUI NON

✓ J'autorise le ou les responsables de l'association Capella à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

✓ Droit à l'image : J'autorise l'école de cirque CAPELLA à utiliser des images où apparaîtrais mon enfant, moi ou ma famille OUI NON

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des cours : OUI NON

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant, nom, prénom, téléphones :

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Le règlement intérieur a été lu, compris et approuvé : OUI NON

Fait à \_\_\_\_\_ le, \_\_\_\_\_

SIGNATURES DES PARENTS

# CAPELLA

## PIECES A FOURNIR à compter du 2ème cours :

- Cette fiche d'inscription dûment rempli et signé (sans oublier la photo)
- Un certificat médical datant de moins de 3 mois autorisant la pratique du sports ou la décharge fédérale
- Le paiement pour l'année en chèque(s) à l'ordre de CAPELLA ou en espèce