

A la Découverte du Cirque d'Eybens  
maison des associations  
8, rue Jean Macé  
38320 - Eybens  
tél : 04 76 25 51 40

cadre réservé à A.D.C.E.

groupe :

date du 1<sup>er</sup> cours

Montant cotisation :

règlement (type de règlement, banque, montant, Nb de chèques, émetteur,...) :

Facture demandée	Oui	Non
Facture n°	transmise le	

## INSCRIPTION d'un mineur 2014-2015

NOM, prénom de l'enfant: date de naissance : F ou G

NOM, prénom du (des) responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

n° S.S. dont dépend l'enfant : profession :

adresse :

code postal : ville :

Adresse mel :

tél domicile : tél bureau :  portable :

**autre personne à prévenir en cas d'accident si le(s) responsable(s) n'est pas joignable**

NOM : Prénom :

tél domicile : tél bureau :  portable :

### RESPONSABILITE

J'autorise  Je n'autorise pas  mon enfant.....  
à rentrer seul à son domicile après la fin des séances.

Si oui, je ne pourrai pas me retourner contre l'association ADCE en cas d'accident.

Si non, voici les autres personnes habilitées à venir chercher mon enfant en mon absence :

Nom n°1 :

Nom n°2 :

Eybens, le ...../...../....  
signature précédée de la mention "lu et approuvé"

## DROIT à l'IMAGE

J'autorise l'association A.D.C.E. à photographier mon enfant lors des spectacles, cours, animations, défilés.... et à utiliser les photos prises pour les faire figurer sur le site internet, une plaquette d'information, une affiche présentant l'association...

Eybens, le ...../ ...../ ...

signature précédée de la mention "lu et approuvé"

## DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je, soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....

- l'autorise à participer à l'activité cirque,
  - m'engage à régler le montant de la cotisation à l'association «A la Découverte du Cirque d'Eybens»,
  - certifie que mon enfant ne présente pas de contre indication médicale à la pratique des arts du cirque,
  - autorise les animateurs à le faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence selon les prescriptions du médecin,
  - autorise l'organisme hospitalier à pratiquer une anesthésie en cas de nécessité,
  - m'engage à reverser le montant des dépenses engagées pour le transport et le traitement en cas d'accident.

Eybens, le ...../ ...../ ....

signature précédée de la mention "lu et approuvé"

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Indiquez ici les éléments médicaux pouvant être utiles à l'animateur (asthme, allergie, handicap, troubles du comportement, ....)

*autres renseignements concernant l'enfant inscrit :*

l'enfant a-t-il déjà pratiqué les arts du cirque ?

#### Autres activités pratiquées par l'enfant :

**renseignements concernant les parents :**

Comment envisagez vous votre participation à la vie de l'association ?

- participation au C.A. (environ une fois par mois)
  - participation ponctuelle dans des "commissions" :
    - fêter « les 30 ans de l'association »
    - organisation, rangement de la salle, matériel (vérification, entretien)
    - costumes (entretien, confection)
    - aide à la préparation des spectacles (maquillage, encadrement des enfants)
    - organisation des séjours d'été à Tréminis
  - autre idée de participation : .....

Avez-vous besoin d'une facture? Oui Non . Si oui, à quel nom ?

Comment avez-vous connu notre association ?