

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

cadre réservé à A.D.C.E.

groupe :

date du 1^{er} 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 :

☎ domicile :

☎ bureau :

① portable :

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

NOM :

Prénom :

☎ domicile :

☎ bureau :

① 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"

Tournez la page SVP

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 ?

si oui, où :

quand :

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 ?