

# École de cirque Chap' Chapo



## FICHE SANTE POUR LES ACTIVITES LOISIRS

### ETAT CIVIL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

### RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE (pour les mineurs)

N° Sécurité Sociale : .....

Responsable légal (père, mère ou autre) : .....

Tél. domicile : ..... Prof. : ..... Port. : .....

### INDICATIONS MEDICALES

Vaccination tétanos : date vaccin : ..... date rappel : .....

Allergie(s)	oui*	non*
Si oui commentaire : .....		
Asthme	oui*	non*
Diabète	oui*	non*
Epilepsie	oui*	non*

(\* ) entourer la réponse

Autre(s) pathologie(s) .....

Antécédents médicaux : (intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), traumatisme(s), lésion(s) musculaire(s) : .....

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc...) .....

## DECHARGE PARENTALE et REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant .....,  
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris  
connaissance et **accepte le règlement intérieur de l'école de cirque** .

J'autorise l'école (nom de l'école) ..... à prendre toutes les mesures  
nécessaires en cas d'urgence.

Signature du représentant légal

Note : AUCUN TRAITEMENT MEDICAL NE SERA ADMINISTRE PAR LES ANIMATEURS DE L'ECOLE

Adresse : rue des chauffaux 39300 CROTENAY Tél : 06 09 16 93 90

Siret : 913 084 943 00012

Mail : [Cirquechapchapo@gmail.com](mailto:Cirquechapchapo@gmail.com)

# École de cirque Chap' Chapo



## FICHE SANTE POUR LES ACTIVITES LOISIRS

### ETAT CIVIL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

### RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE (pour les mineurs)

N° Sécurité Sociale : .....

Responsable légal (père, mère ou autre) : .....

Tél. domicile : ..... Prof. : ..... Port. : .....

### INDICATIONS MEDICALES

Vaccination tétanos : date vaccin : ..... date rappel : .....

Allergie(s)	oui*	non*
Si oui commentaire : .....		
Asthme	oui*	non*
Diabète	oui*	non*
Epilepsie	oui*	non*

(\* ) entourer la réponse

Autre(s) pathologie(s) .....

Antécédents médicaux : (intervention(s) chirurgicale(s), accident(s), fracture(s), traumatisme(s), lésion(s) musculaire(s) : .....

Recommandation(s) utile(s) (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse, etc...) .....

## DECHARGE PARENTALE et REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant .....,  
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris  
connaissance et **accepte le règlement intérieur de l'école de cirque** .

J'autorise l'école (nom de l'école) ..... à prendre toutes les mesures  
nécessaires en cas d'urgence.

Signature du représentant légal

Note : AUCUN TRAITEMENT MEDICAL NE SERA ADMINISTRE PAR LES ANIMATEURS DE L'ECOLE

Adresse : rue des chauffaux 39300 CROTENAY Tél : 06 09 16 93 90

Siret : 913 084 943 00012

Mail : [Cirquechapchapo@gmail.com](mailto:Cirquechapchapo@gmail.com)