



Année 2022/2023
Rentrée Septembre

Partie 2

39 rue du Commandant Mouchotte,
24660 Coulounieix Chamiers

Merci d'écrire très lisiblement, en lettres CAPITALES

PARTICIPANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

INFORMATIONS MEDICALE (du participant)

Médecin traitant : _____

Tél du médecin traitant : _____

Groupe sanguin : _____

Antécédents médicaux
(interventions chirurgicales, accidents, fractures, trauma, lésions musculaires...):

Lieu d'hospitalisation préférentiel : _____

Vaccination tétanos : Date dernier vaccin : _____

Allergies : oui non Asthme : oui non

Diabète : oui non Epilepsie : oui non

Autres pathologies (précisez allergies) : _____

Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, appareils : auditifs, dentaires) :

AUTORISATION D'INTERVENTION

Coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence

NOM : _____ Prénom : _____

Tél Fixe : _____ Portable : _____

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

Fait à : _____

Date : ___/___/___

Signature :

ATTESTATION MEDICALE

Je, soussigné : _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM, Prénoms : _____

Date de naissance : ___/___/___ Sexe : _____

Et atteste que son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique des arts du cirque.

Cachet :

Signature :

Date : ___/___/___

DROITS À L'IMAGE

Autorisez vous ini'cirque à mettre des photos / videos de cirque de vous prises lors des entraînements ou de spectacles pour de la publicité, réseaux sociaux et internet ?

J'autorise Je n'autorise pas

NOM : _____ Prénom : _____

Fait à : _____

Date : ___/___/___

Signature :