

Décharge Sanitaire 1

Documents obligatoires à remplir (2 pages)

2023-24

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom*)

à remplir si élève mineur : responsable légal.e de l'enfant (*Nom et Prénom*)

.....

- certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques à mon enfant (ou moi-même).
- J'atteste que mon enfant (ou moi-même), ci-dessus mentionné, n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques.
- J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à son (mon) état de santé actuel.
- Il est à la charge de chacun de contracter s'il le souhaite une Assurance Dommage Corporelle.
- Je m'engage à signaler au bureau de l'école (Clémence ou Aurélien) toute modification de l'état de santé de mon enfant (ou moi-même), susceptible d'infirmier cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait le :

Signature :

(du responsable légal pour les mineurs)

Décharge Sanitaire 2

2023-24

Documents obligatoires à remplir (2 pages)

NOM / PRÉNOM de l'élève :

Inscrit.e au cours de cirque (créneau, jour, horaire) :

EN CAS D'URGENCE

- Personne n°1 à joindre (nom/prénom/portable)
- Personne n°2 (optionnel)

→ Étape 1 : En cas d'accident durant un cours de cirque :

- J'autorise le Komonò à appeler les pompiers
- Je n'autorise pas (dans ce cas seul le/les numéros ci-dessus seront contactés)

→ Étape 2 : Informations complémentaires

ETAT CIVIL de l'élève

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

MAIL :

TELEPHONE :

RESPONSABLE de l'élève (si mineur)

NOM :

PRÉNOM :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

PORTABLE :

INDICATIONS MÉDICALES

ALLERGIES : oui non

Si oui, commentaires :

ASTHME : oui non

DIABÈTE : oui non

EPILEPSIE : oui non

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

TÉLÉPHONE :

Antécédent(s) médicaux (intervention chirurgicale, accident, fracture, trauma, etc)

Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, appareils, scoliose...)

Informations complémentaires (Handicap, pathologies déclarées ...)

Fait le :

Signature :

(du responsable légal pour les mineurs)