FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/26
A compléter pour tous les participants adultes
A remettre au plus tard au 10 juillet

NOM : **PRÉNOM :**

GROUPE DE CIRQUE (JOUR ET HORAIRES) :OPTION.....

DATE DE NAISSANCE :

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (EN CAS DE DÉCLARATION D'ACCIDENT) :
.....

PHOTO

**+ nom
+ prénom
+ groupe au
dos**

EN CAS D'URGENCE :

Nom/Lien de parenté	Tel. portable	Tel. autre

Etes vous en situation de handicap, bénéficiaire de l'AAH ?

Votre enfant ou vous-même a-t-il des difficultés de santé particulières ?

Merci de préciser les précautions à prendre et de vous rapprocher des animateurs en charge du groupe.

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné(e),, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'animateur de l'atelier à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par mon état.

Date et Signature :

Attestation de non contre-indication médicale à la pratique du cirque.

Document à compléter faute de certificat médical.

Je soussigné(e), atteste que je n'ai pas subi récemment d'opération chirurgicale, ni eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indication à la pratique d'activités physiques.

J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à la pratique du cirque.

Pour servir et valoir de droit,

Date et signature :

Droit à l'image.

J'accepte que mon enfant ou moi-même soit photographié et filmé lors de l'activité et que les clichés et les vidéos soient éventuellement communiqués à la presse locale ou diffusés sur les supports de communication de l'association :

OUI NON

Date et signature :

Autorisation à partir seul(e)

J'accepte que le participant parte seul après l'atelier :

OUI NON

L'école de cirque Pep's décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet et hors du gymnase.

Date et signature :