

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/26
A compléter pour tous les participants enfants

Nom : **Prénom :**

GROUPE DE CIRQUE (JOUR ET HORAIRES) :OPTION2.....

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

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.

Le participant est-il en situation de handicap, bénéficiaire de l'AEEH ou de l'AAH ? OUI ☐ NON ☐

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

PARTICIPANT ENFANT :

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant
....., 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 l'état de mon enfant.
Date et Signature :

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

Document à compléter faute de certificat médical.

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant
....., atteste que ce dernier n'a 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). A compléter pour l'inscription d'un enfant mineur.

J'accepte que mon enfant 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 :