



C.V.A. Cirque

## Compagnie Vicinoise des Arts du Cirque (CVAC)

### STAGE DE CIRQUE

La Compagnie Vicinoise des Arts du Cirque organise un stage pendant les vacances de Pâques **lundi 15, mardi 16, jeudi 18 et vendredi 19 avril 2024** au gymnase des Pyramides à Voisins le Bretonneux (à partir de 6 ans) :

- Horaires de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00,
- Possibilité de manger sur place le midi avec son pique-nique (réfrigérateur et micro-onde accessibles),
- Coût du stage 12 € par jour : possibilité de s'inscrire à la journée. (chèque à l'ordre de la CVAC),
- A indiquer : autorisation parentale de publication de photos.
- Veuillez **confirmer par mail votre présence** : [cvacirque@laposte.net](mailto:cvacirque@laposte.net) places limitées à 30.

NOM..... PRENOM.....

Date de naissance.....

Téléphone 1..... Téléphone 2.....

Adresse mail :.....

Entourez les jours souhaités : LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

J'autorise mon enfant à rentrer tout seul à la fin des cours :  OUI  NON

Personnes autorisées à raccompagner votre enfant :

Je donne l'autorisation de diffuser les photographies de mon enfant prises dans le cadre des activités du Cirque :  OUI  NON

Je soussigné, ....., autorise mon enfant, ..... à participer au stage de cirque organisé par la CVAC.

A ..... Le .....

Signature

### QUESTIONNAIRE DE SANTE (pour les non licenciés)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire Santé – Sport rempli le :.....

Nom, Prénom :.....

Date de naissance: .....

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON

#### DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?  OUI  NON
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  OUI  NON
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  OUI  NON
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ?  OUI  NON
5. Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?  OUI  NON
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  OUI  NON

#### À CE JOUR :

7. Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?  OUI  NON
8. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  OUI  NON
9. Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  OUI  NON

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.

Compléter et signer l'attestation jointe à l'inscription.