



C.V.A. Cirque

Compagnie Vicinoise des Arts du Cirque

cvacirque@laposte.net

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024/2025

TARIFS pour l'année

COMMUNE DE VOISINS LE BRETONNEUX	HORS COMMUNE
165 €	180 €

HORAIRES

- ❖ **Petits Clowns 3/5** : samedi 12h45 – 13h30,
- ❖ **Acrobates 5/7** : samedi 13h30 - 15h00,
- ❖ **Funambules 7/9** : samedi 15h00 - 16h30,
- ❖ **Trapézistes 9/13** : samedi 16h30 – 18h00,
- ❖ **Ados / Adultes** : vendredi 19h30 21h00 et/ou samedi 18h00-20h00.

PIECES A FOURNIR

1. Fiche d'inscription 2024/2025,
2. Fiche de renseignement et autorisation de publication de photos à des fins non lucratives.
3. Questionnaire de santé **ou** si nécessaire certificat médical datant de moins de trois mois.
4. Attestation d'assurance pour les activités extra-scolaire,
5. Cotisation annuelle : possibilité de payer en trois fois.

ATTENTION

1^{er} COURS, à partir du 21 septembre 2024

NOM : Prénom :

Jours et horaires des cours pour la saison 2024/2025 :

Vendredi de 19h30 à 21h00	<input type="checkbox"/>	Samedi de 12h45 à 13h30	<input type="checkbox"/>
Samedi de 13h30 à 15h00	<input type="checkbox"/>	Samedi de 15h00 à 16h30	<input type="checkbox"/>
Samedi de 16h30 à 18h00	<input type="checkbox"/>	Samedi de 18h00 à 20h00	<input type="checkbox"/>

Tee-shirt (10€) : OUI - NON (entourez votre choix)

Taille : XXS XS S M L XL XXL

Paiement : sur le site <https://www.helloasso.com/associations/compagnie-vicinoise-des-arts-du-cirque/adhesions/inscription-2024>





Compagnie Vicinoise des Arts du Cirque

cvacirque@laposte.net

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADULTES

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Adresse mail :

Autorisation pour la publication de photographies.

Je soussigné(e)

demeurant à

Donne l'autorisation de diffuser les photographies prises dans le cadre des activités des Arts du cirque pour les usages suivants :

- Pages web réalisées par l'association et le blog « compagnie vicinoise des arts du cirque »
- Exposition éventuelle dans le cadre des démonstrations ou spectacles de l'association.
- Publications éventuelles à des fins de communication par la presse.

Cette autorisation donnée à titre gracieux, est valable à compter du.....

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos ne devront pas porter atteinte à sa réputation.

Date :

Signature précédée de la mention manuscrite

“ Lu et approuvé, bon pour accord ”



Compagnie Vicinoise des Arts du Cirque

cvacirque@laposte.net

Autorisation pour la pratique des activités de feu

Je soussigné(e)
demeurant à
Autorise mon enfant à exercer la pratique des activités de feu.
Cette autorisation donnée à titre gracieux, est valable à compter du.....

Date :
Signature précédée de la mention manuscrite
“ Lu et approuvé, bon pour accord ”

Décharge de responsabilité Pratique des activités de feu

Je soussigné(e)
demeurant à

- Déclare décharger de toutes responsabilités la Compagnie des Arts du Cirque, concernant les blessures, dommages matériels et/ou corporels occasionnés ou subis lors de la pratique des activités de feu.
- M'engage à respecter les règles de sécurité et à utiliser le matériel de façon raisonnable. A défaut, je consentirais à un dédommagement au prorata du préjudice.
- Certifie que je suis assuré (e) au titre de ma responsabilité civile vis-à-vis des tiers et des dommages corporels et incorporels que je pourrais leur causer au cours de la pratique des activités de feu.
- Certifie ne faire l'objet d'aucune contre-indication médicale de nature à m'empêcher de pratiquer l'activité.

Date :
Signature précédée de la mention manuscrite
“ Lu et approuvé, bon pour accord ”



Compagnie Vicinoise des Arts du Cirque

cvacirque@laposte.net

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Coordonnées des responsables légaux :

Nom et Prénom du parent 1 :

Nom et Prénom du parent 2 :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone	Parent 1	Parent 2
Domicile		
Portable		
Adresse mail		

Je, soussigné(e), agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

- Mon enfant à quitter seul le gymnase après la séance : OUI NON
- Les personnes suivantes à récupérer mon enfant en cas d'indisponibilité de ma part :

Nom et Prénom : Tél. :

Nom et Prénom : Tél. :

Signature du responsable légal

Autorisation pour la publication de photographies.

Je soussigné(e) demeurant à

Donne l'autorisation de diffuser les photographies prises dans le cadre des activités du Cirque pour les usages suivants :

- Pages web réalisées par l'association et le blog « compagnie vicinoise des arts du cirque »
- Exposition éventuelle dans le cadre des démonstrations ou spectacles de l'association.
- Publications éventuelles à des fins de communication par la presse.

Cette autorisation donnée à titre gracieux, est valable à compter du

Les éventuels commentaires accompagnant la reproduction de ces photos ne devront pas porter atteinte à sa réputation.

Date : Signature précédée de la mention manuscrite

“ Lu et approuvé, bon pour accord ”



QUESTIONNAIRE DE SANTE

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 inexplicée ? 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

Je certifie l'exactitude de ces données

Signature :

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 certificat médical à fournir.

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