

Association PLANCHE DE CIRQUE
FICHE D'INSCRIPTION 2026/2027

*Vos informations
personnelles seront
utilisées uniquement
dans le cadre de la
gestion administrative
de l'association.*

PRATIQUANT ADHERENT :

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Age :

PARENT 1

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville : Téléphone : Domicile :
 Portable :

Adresse électronique :@.....
 (Les informations passent par mail, merci de nous fournir une adresse)

Profession : (facultatif)
 (Vos compétences ou celle de votre lieu de travail peuvent nous être utiles)

PARENT 2

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville : Téléphone : Domicile :
 Portable :

Adresse électronique :@.....
 (Les informations passent par mail, merci de nous fournir une adresse)

Profession : (facultatif)
 (Vos compétences ou celle de votre lieu de travail peuvent nous être utiles)

INSCRIPTION

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> JAULDES
Lundi Cirque
<input type="checkbox"/> 4/6 ans
<input type="checkbox"/> 7/12 ans | <input type="checkbox"/> MARSAC
Jeudi Cirque
<input type="checkbox"/> 5/9 ans | <input type="checkbox"/> LA ROCHEFOUCAULD
Vendredi Cirque
<input type="checkbox"/> 4/6 ans
<input type="checkbox"/> 7/12 ans | <input type="checkbox"/> STAGE
cirque |
| <input type="checkbox"/> SOYAUX
Mercredi Cirque
<input type="checkbox"/> 4/5 ans
<input type="checkbox"/> 6/7 ans
<input type="checkbox"/> 8 /9 ans
<input type="checkbox"/> 10 /12 ans | <input type="checkbox"/> SOYAUX
Jeudi Cirque
<input type="checkbox"/> 9/13 ans
<input type="checkbox"/> pratique libre adulte | <input type="checkbox"/> SOYAUX
Vendredi Cirque
<input type="checkbox"/> 12/15 ans
<input type="checkbox"/> 15 /18 ans | <input type="checkbox"/> SOYAUX
Samedi Cirque
<input type="checkbox"/> 3/4 ans avec parent
<input type="checkbox"/> 4/5 ans
<input type="checkbox"/> 6/7 ans
<input type="checkbox"/> 8/10 ans
<input type="checkbox"/> 11/14 ans |

REGLEMENT :

Chèque : Banque :
 N° €
 €
 €
 (Possibilité de paiement en 3 fois)

Espèces : Date €

Souhaitez-vous ? une attestation de paiement une facture

SANTE

N° Sécurité Sociale : Mutuelle : N° :

Allergies :

Asthme :

Problèmes articulaires, musculaires :

Autres :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Téléphone :

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné,, autorise mon enfant,,
à participer aux ateliers cirque proposés par PLANCHE DE CIRQUE (association loi 1901).

En cas d'accident ou de maladie, j'autorise l'association PLANCHE DE CIRQUE, à faire appel aux services d'urgences (pompiers, SAMU) afin de diriger mon enfant vers une structure de soins adaptée.

Signature du tuteur légal,

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné,, autorise l'association Planche De Cirque à utiliser toutes photos ou vidéo prises lors des activités de l'association, dans un but de communication, à des fins non lucratives, en France et dans le monde et cela pour une durée de 3 ans.

Lu et approuvé le, à

Signature du tuteur légal,
