



# FICHE D'INSCRIPTION

## CAMP DU 4 AU 13 AOUT 2017

ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Assurance : \_\_\_\_\_

2ème ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Assurance : \_\_\_\_\_

REPRESENTANT LEGAL (Père - Mère - Tuteur ) Rayer les mentions inutiles :

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portable père : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portable mère : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse et n° de téléphone de l'employeur (en cas d'urgence) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

\_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je soussigné(e), Madame, Monsieur \_\_\_\_\_, représentant légal de \_\_\_\_\_ inscrit mon enfant pour le camp du 4 au 13 aout et l'autorise à participer aux ateliers cirque, je m'engage aussi a régler la somme de 550 €  
Par ailleurs, j'autorise le (la) responsable à prendre toutes les mesures jugées nécessaires par le médecin en cas d'accident durant les ateliers et m'engage à rembourser l'association circonflex des frais médicaux (déduction faite des remboursements d'assurance). Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

# DOSSIER MEDICAL

Cette fiche a été conçue pour recueillir quelques renseignements médicaux utiles pour les ateliers. Il est impératif que vous la remplissiez en vous munissant du carnet de santé de votre enfant.

## MALADIE :

Quelles maladies a eu votre enfant depuis sa naissance ?

-----  
-----

## SANTE :

Votre enfant est-il à jour dans ses vaccinations ?  
(joindre une photocopie du carnet de vaccination )

-----  
-----

A-t-il déjà été hospitalisé ou fortement malade ?

-----  
-----

A-t-il actuellement des problèmes de santé ? (Allergies aux médicaments, régime alimentaire...)

-----  
-----

Suit-il un traitement à ce Jour ?

-----  
-----

Indications particulières :

-----  
-----  
-----  
-----

## MEDECIN DE FAMILLE :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Nous vous demandons de bien vouloir nous ramener un certificat médical indiquant que votre enfant est apte à pratiquer l'activité cirque.

Merci, de votre compréhension.

# Pensez à:

- Sac de couchage (chaud, les nuits peuvent être fraîche)
- Tapis de sol (pas quelque chose de trop gros )
- Lampe de poche
- Crème solaire
- 2 serviettes de toilette
- Trousse de toilette (avec des élastiques pour les cheveux longs)
- Argent de poche
- Pyjamas
- Sac pour le linge sale
- une gourde
- chaussure d'eau.
- Casquette

## Pour les costumes :

- 1 Pantalon noir unis
- 1 Tee-shirt blanc unis
- 1 Tee-shirt colorés unis

## Et éventuellement :

- Jeux divers (cartes, uno...), livres.
- Appareil photo
- Enveloppe timbrée avec adresse
- 1 traitement anti-poux au cas où...

**Merci de bien vérifier que votre enfant n'a pas de poux  
avant son arrivée au camp.**