

Page 1 (sur 2) Décharge de Santé pour les élèves - Activité cirque

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) .....

(si mineur) responsable légal(e) de l'enfant (Nom et Prénom).....

inscrit(e) au cours de cirque (jour et horaire)

.....

certifie ne pas avoir connaissance d'un état de santé susceptible d'interdire ou de limiter la pratique d'activités physiques à mon enfant (ou moi-même).

> J'atteste que mon enfant (ou moi-même), ci-dessus mentionné, n'a pas subi récemment d'opération médicale/chirurgicale, ni n'avoir eu de blessures traumatiques récentes, et ne fait pas l'objet de contre-indications à la pratique d'activités physiques.

> J'atteste avoir pris connaissance des risques liés à ces activités et assume l'entière responsabilité des dommages liés à cette pratique qui seraient dus à son (mon) état de santé actuel. > Je m'engage à signaler au bureau de l'école toute modification de l'état de santé de mon enfant (ou moi-même), susceptible d'infirmer cette attestation.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait le :

Signature :

(du responsable légal pour les mineurs)

Page 2 (sur 2) Fiche Sanitaire - Activité Cirque

Cette fiche sanitaire sera consignée dans les espaces de travail.

☐ J'autorise Livre d'équilibre à appeler les pompiers ☐ Je n'autorise pas

Nom(s)/Prénom de l'élève:.....

Personne(s) à joindre en cas d'urgence (Nom(s)/Prénom(s)/Téléphone(s)): .....

.....

\*\*\*\*\*

À remplir uniquement si vous souhaitez que l'on appelle les pompiers en cas d'accident grave

ÉTAT CIVIL de l'élève

NOM : .....PRÉNOM :

..... Né(e) le : .....

ADRESSE : .....

Mail : .....

TELEPHONE : .....

RESPONSABLE de l'élève

NOM : .....PRÉNOM : .....

N° Sécurité sociale : .....Portable : .....

MÉDECIN TRAITANT

NOM : ..... Téléphone : .....

INDICATIONS MÉDICALES

Allergies ☐ oui ☐ non

Si oui, commentaires : .....

Asthme ☐ oui ☐ non Diabète ☐ oui ☐ non Epilepsie : ☐ oui ☐ non

Antécédent(s) médicaux (intervention chirurgicale, accident, fracture, trauma, lésions) : .....

.....

.....

Recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, appareils, scoliose...) : .....

.....

Fait le :

Signature :

(du responsable légal pour les mineurs)