



IVRE D'EQUILIBRE — ÉCOLE DE CIRQUE

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026 / 2027

Décharge de Santé & Fiche Sanitaire de Liaison

Document obligatoire en 2 parties (Affilié FFEC)

PARTIE 1 : Attestation de Santé (Décharge)

Conformément à la législation française en vigueur (décret relatif au sport de loisir) et aux recommandations de la Fédération Française des Écoles de Cirque (FFEC), veuillez compléter les informations ci-dessous.

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de : ☐ Élève majeur·e ☐ Représentant·e légal·e de l'enfant :

Inscrit(e) au cours de cirque (Jour / Horaire) :

Attestation sur l'honneur (Questionnaire de santé)

Je certifie que l'élève (ou moi-même) a pris connaissance du questionnaire de santé réglementaire relatif à la pratique des activités physiques et sportives :

- Si toutes les réponses au questionnaire de santé sont NÉGATIVES : J'atteste ne pas avoir connaissance d'un état de santé ou de contre-indications susceptibles d'interdire ou de limiter la pratique des arts du cirque et des activités physiques associées.
- Si une ou plusieurs réponses sont POSITIVES : Je m'engage à fournir un certificat médical de non-contre-indication datant de moins de six mois.

J'atteste avoir pris connaissance des risques spécifiques inhérents aux activités gymniques, acrobatiques et aériennes du cirque, et m'engage à respecter et faire respecter le règlement intérieur de l'association. Je m'engage également à signaler sans délai au bureau de l'école toute modification de l'état de santé.

Fait à :, le : ____ / ____ / 202____

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

RECTO VERSO =>



PARTIE 2 : Fiche Sanitaire de Liaison

Cette fiche est strictement confidentielle. Elle est consignée sur le lieu de pratique et réservée exclusivement à l'équipe pédagogique et aux services de secours d'urgence en cas de besoin (Conformité RGPD / Protection des données de santé).

1. État Civil & Coordonnées d'Urgence

NOM de l'élève : Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / _____ Sexe : ☐ F ; ☐ M ; ☐ Autre

Adresse postale :

Téléphone élève / responsable : Mail :

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom, Prénom, Lien, Téléphone) :

1)

2)

N° de Sécurité Sociale (parent ou élève) :

Médecin traitant (Nom & Téléphone) :

2. Indications Médicales & Particularités

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, piqûres, etc.) : ☐ Oui ☐ Non

Précisions / Traitement d'urgence associé :

Asthme : ☐ Oui ☐ Non | Diabète : ☐ Oui ☐ Non | Épilepsie : ☐ Oui ☐ Non

Antécédents médicaux / chirurgicaux / traumatismes récents (fractures, entorses, luxations, opérations) :

.....

Recommandations particulières (port de lunettes, lentilles, appareils orthodontiques, vertiges, scoliose...) :

.....

3. Autorisation de Prise en Charge Médicale d'Urgence

Conformément aux protocoles de secours en vigueur en France, en cas de blessure grave ou d'urgence médicale nécessitant une intervention extérieure, l'association Ivre d'Équilibre contactera immédiatement les services de secours d'urgence (SAMU / Pompiers).

Je soussigné-e, responsable légal-e (ou élève majeur), autorise l'équipe dirigeante ou l'éducateur sportif responsable à prendre toute mesure d'urgence requise (hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas de nécessité absolue si je ne pouvais être joint-e instantanément.

Fait à :, le : ____ / ____ / 202____

Signature du responsable légal (ou élève majeur) :