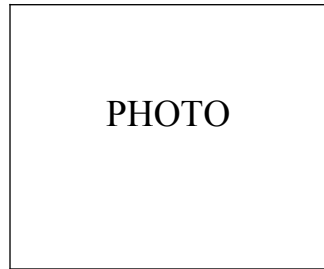


ASSOCIATIONs  
LES ZINVERTIMBRÉS(compagnie de spectacle)  
*Déambulations,Spectacles.*  
MASSALIACIRCUS(école de cirque)  
*Ateliers cirque,Stages,Animations,*



## FICHE SANITAIRE de l'adhérent

ANNÉE 202.../202...

NOM : .....  
Prénom : .....  
Né(e) : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
.....

N° CARTE ADHÉRENT : .....

AGE DE L'adhérent : .....

NOM DES PARENTS (*MÊME DIFFÉRENT*) :  
.....

	<u>PÈRE/tuteur/masculin</u>	<u>MÈRE/tuteur/féminin</u>
<u>PROFESSION</u> :	.....	.....
<u>TÉLÉPHONE</u> :		
<u>Portable</u> :	.....	.....
<u>Domicile</u> :	.....	.....
<u>Travail</u> :	.....	.....
<u>E.MAIL</u> :	.....	.....

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : .....  
TEL : .....

N° DE SÉCURITÉ SOCIAL (De l'adhérent) :  
.....

**Recommandations Particulières :**  
(Maladie,Allergie,Régime spécial, ...) ,(entorses,fractures,déchirures,problème de dos,...) :  
.....  
.....

*JE SOUSSIGNÉ(E) MONSIEUR,MADAME,.....*  
*RESPONSABLE DE L'ENFANT ,AUTORISE LES PERSONNES ENCADRANT À PRENDRE*  
*LES MESURES NÉCESSAIRE EN TERMES DE SOINS ET D'ÉVACUTIONS.*  
*J'AI PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS ET MESURES ET J'ACCEPTÉ.*

FAIT à ....., LE .....

Conformément à la loi « informatique et liberté », vous avez droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant sur le fichier informatique de l'association.  
Je soussigné.....autorise l'association à utiliser toutes images ou droit à l'image.