

## ATELIERS CIRQUE – Chevigny-Saint-Sauveur – 2024/2025 à l'espace Liberté

Cochez la case correspondante :

<input type="checkbox"/>	Atelier 6-8 ans mercredi matin 9h30-10h30, 65€/Trimestre (Salle de danse espace liberté)
<input type="checkbox"/>	Atelier 8-11 ans mercredi matin 10h30-12h, 75€/Trimestre (salle de danse espace liberté)
<input type="checkbox"/>	Atelier 7-11 ans samedi matin 9h30-10h30, 65€/Trimestre (salle B de l'espace liberté)
<input type="checkbox"/>	Atelier 12-17 ans samedi matin 10h30-12h30, 75€/Trimestre (salle B de l'espace liberté)

Trimestre 1 : 11 semaines : 37, 38, 39, 40, 41, 42 /vacances Automne/ 45, 46, 47, 48, 49

trimestre 2 : 10 semaines 50, 51/vacances de Noël/ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8/vacances hiver /11

trimestre 3 : 10 semaines 12, 13, 14, 15, 16 / vacances printemps /19, 20, 21, 23, 24

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... GENRE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

NOM ET PRÉNOM PARENT 1 : .....

tel parent 1 : ..... mail parent 1 : .....

NOM ET PRÉNOM PARENT 2 : .....

tel parent 2 : ..... mail parent 2 : .....

TEL(S) TRAVAIL PARENT(S) : .....

● L'enfant est-il autorisé à partir seul : OUI - NON

● Autres personnes habilitées à venir chercher mon enfant :

- nom - prénom – tel : .....

- nom - prénom – tel : .....

Je soussigné, \_\_\_\_\_, autorise mon enfant à participer aux activités organisées par l'école de cirque Or Piste durant la saison 2024-2025 et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable de l'atelier à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale sur prescription médicale).

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature parent 1 :

Signature parent 2 :

Dossier à renvoyer à : [cirque@orpiste.fr](mailto:cirque@orpiste.fr) (pour tout renseignements : 07 83 23 65 21)