

FICHE D'INSCRIPTION

Saison 2026/2027

COURS:

INFORMATIONS DE L'ADHÉRENT :

Nom et prénom :

Date de naissance : / /

	RESPONSABLE LÉgal N°1	RESPONSABLE LÉgal N°2
Nom et Prénom		
Adresse		
Code Postal		
Ville		
Téléphone		
Email		

ADHÉSION

Montant de l'adhésion annuelle : ☐ 14 €

Mode de règlement de l'adhésion :

RÈGLEMENT DES COURS

Somme : ☐ 255€ ☐ 375€

Mode de règlement :

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA WAOW COMPANY ?

- ☐ Famille / Amis ☐ Réseaux sociaux ☐ Site Internet
☐ Affiche / Flyer ☐ Forum/Évènement ☐ Ancien Adhérent
-

DROIT À L'IMAGE

J'autorise WAOW Company à utiliser les photographies et/ou vidéos de mon enfant réalisées dans le cadre des cours, spectacles et événements, sur les supports de communication de l'association (site internet, réseaux sociaux, affiches, etc.).

☐ Oui ☐ Non

BÉNÉVOLAT

Les spectacles et événements de la WAOW Company sont aussi organisés grâce à l'aide de bénévoles.

Je souhaite être contacté(e) pour participer ponctuellement :

☐ Oui ☐ Non

Je peux aider :

☐ Accueil ☐ Installation / rangement ☐ Costumes
☐ Distribution flyers ☐ Buvette ☐ Autre



Pièces à joindre au dossier

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Certificat médical ou décharge le cas échéant
- Règlement de l'adhésion / des cours

☐ Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les Conditions Générales d'Inscription et de Vente ainsi que le Règlement Intérieur de Waow Company. (*disponibles sur le site internet ou remis sur simple demande*)

☐ Je souhaite être informé(e) des actualités, spectacles et événements de l'association via la lettre d'informations.

Je certifie exacts les renseignements communiqués.

Fait à :

Le : / /

**Signature du
responsable légal n°1**

Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

**Signature du responsable
légal n°2 (si concerné)**

Précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

FICHE SANITAIRE

Informations de l'adhérent

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

☐ J'autorise mon enfant à participer, tout au long de la saison circassienne, à toutes les activités organisées par la WAOW Company.

☐ J'autorise Waow Company à contacter les services de secours en cas d'urgence. Si je ne suis pas joignable, j'autorise les médecins à pratiquer les soins, anesthésies ou interventions chirurgicales qu'ils jugeront nécessaires.

Informations sanitaires

☐ Rien à signaler

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, piqûres, autres) :

.....
.....

Traitement(s) en cours :

.....
.....

Informations importantes à porter à la connaissance des encadrants (asthme, diabète, épilepsie, blessures, contre-indications, antécédents médicaux, etc.) :

.....
.....

Groupe sanguin (facultatif) :

Autorisation d'intervention en cas d'urgence

Je soussigné(e),, représentant légal de l'adhérent mineur (ou adhérent majeur), autorise les responsables de **Waow Company** à prendre toutes les mesures qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident ou d'urgence, y compris à contacter les services de secours et à faire prodiguer les soins nécessaires.

☐ J'autorise Waow Company à faire intervenir les services de secours si la situation l'exige.

Déclaration concernant le certificat médical

☐ Je fournis un certificat médical (ou le document requis).

OU

☐ Je ne fournis pas de certificat médical. Je déclare que les informations ci-dessus sont exactes et qu'à ma connaissance, l'adhérent ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités proposées par Waow Company. Je m'engage à informer l'association de toute évolution de son état de santé pouvant avoir une incidence sur sa pratique.

Personnes à contacter en cas d'urgence

Contact 1 Nom, prénom: Lien de parenté: N° Téléphone:	Contact 2 Nom, prénom: Lien de parenté: N° Téléphone:
Contact 3 Nom, prénom: Lien de parenté: N° Téléphone:	Contact 4 Nom, prénom: Lien de parenté: N° Téléphone:

Fait à :

Le : / /

Signature (s)

Charte de respect et de consentement

Au sein de notre association, nous accordons une importance particulière au respect, à la sécurité et au consentement de chacun.

La pratique des arts du cirque peut nécessiter, pour des raisons de sécurité, d'apprentissage et de progression, un accompagnement physique de la part des intervenants (parades, placements, corrections posturales ou aide à la réalisation d'un mouvement).

À ce titre, nous nous engageons à ce que :

- tout contact physique ait uniquement un objectif pédagogique ou de sécurité ;
- les intervenants expliquent, dans la mesure du possible, la nature de leur intervention et sollicitent l'accord du participant avant tout contact ;
- chaque participant puisse exprimer librement son accord, son refus ou son inconfort, à tout moment et sans avoir à se justifier ;
- le refus d'un contact physique soit respecté et que des alternatives soient proposées lorsque cela est possible.

Le respect est réciproque. Chaque participant s'engage à adopter un comportement respectueux envers les autres élèves, les intervenants, les bénévoles et l'ensemble des personnes présentes.

Aucun comportement portant atteinte à la dignité, à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne (harcèlement, violence, intimidation, discrimination, gestes ou propos à caractère sexiste ou sexuel, etc.) ne sera toléré au sein de l'association.

En signant cette fiche d'inscription, je reconnais avoir pris connaissance de ces principes et m'engage à les respecter dans le cadre des activités de l'association.

Nom et prénom du participant :

Pour les mineurs, nom du représentant légal :

Date : / /

Signature