

**FICHE INDIVIDUELLE ET DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (*) (2 Pages)
STAGIAIRES MAJEUR(E)S « INTERNES » & « EXTERNES »**

(*) à nous faire parvenir AVANT LE 06 JUILLET - Dernier délai -

Nom : Prénom(s) Date et lieu de naissance :
Sexe : M - F Taille : Poids :
Adresse : Tél. Mobile Stagiaire :

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE :

Je, soussigné Docteur
Certifie avoir examiné ce jour, Mme/Mlle/Mr
et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer les Activités
Musicales (Instruments de Musique, Chant Lyrique),
Artistiques (Danse, Théâtre), Culturelles,
physiques et sportives prévues dans le cadre du séjour désigné ci-dessus.

Cachet du Médecin :

Date : **Signature du Médecin :**

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT VOTRE SANTÉ :

OÙ TÉLÉPHONER EN CAS D'URGENCE :

NOM, prénom(s) :
Adresse :
Tél. Domicile : Mobile : Professionnel :

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ (Allergies, précautions particulières à prendre, ...) :

Savez-vous NAGER ? OUI - NON

Avez-vous des problèmes d'asthme ? OUI - NON

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

1^{ère} AUTORISATION (à remplir OBLIGATOIREMENT)

Je, soussigné(e)

- 1) **Autorise** le Directeur du Stage à me faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des Médecins.
- 2) **M'engage** à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération(s) éventuels.
- 3) **En cas de renvoi** pour des raisons d'inadaptation, **m'engage** à prendre à ma charge les suppléments dûs au retour individuel.

A : Le

Signature à faire précéder de la mention manuscrite : Lu et accepté, Bon pour autorisation

2^{ème} AUTORISATION (à remplir OBLIGATOIREMENT)

Je, soussigné(e)

- 1) **M'autorise** à pratiquer les activités organisées par l'Équipe Pédagogique et l'Équipe d'Animation du Stage, **dans les conditions définies dans le Projet Pédagogique et Technique du Stage, dont j'ai pris connaissance.**

2) Réglementation en matière de droit à l'image :

Par la présente, j'autorise à être photographié(e) et/ ou filmé(e), notamment lors des Master Classes, Auditions/Castings, Concerts et Spectacles
« 12ème Festival *Musique, Danse, Chant, Théâtre* Bayonne-Anglet-Biarritz Côte & Pays Basque »

D'autre part, à l'occasion de ces représentations, la/les prestation(s) musicale(s) et/ou artistique(s) (Danse, Théâtre)
pourra/pourront être enregistrée(s) sans que cela fasse l'objet d'une quelconque demande de rétribution de ma part.

A : Le

Signature(s) à faire précéder de la mention manuscrite : Lu et accepté, Bon pour accord, Bon pour autorisation

=====
Nom, Prénom(s) et Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse de la Caisse :

Son Code Postal : **Ville :**

Bénéficiez-vous d'une **Mutuelle** ? OUI - NON

SI OUI, laquelle (Nom et adresse) :

Votre **n° d'adhérent** :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : OUI - NON

SI OUI, joindre - **obligatoirement** - photocopie de l'attestation CMU (à jour)

Ainsi que la photocopie de la CARTE VITALE

Numéro de Police et adresse de la Compagnie d'Assurance de votre **Responsabilité Civile** :

.....

MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER - LES 2 PAGES DE - CETTE FICHE, 2^{ème} Photo d'identité
DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE AVEC TOUS DOCUMENTS AVANT LE 06 JUILLET - Dernier délai -

Toute modification des renseignements contenus dans cette fiche devra être signalée à la Présidente de l'Autorité de Tutelle du Stage :

Tout courrier doit être adressé à : Mme Suzanne DUMAS, Présidente - BP 20033 - 33035 BORDEAUX CEDEX

Tél. 06 07 54 75 07 - 06 71 54 76 81 - 0 975 855 415

« ambcotebasque@orange.fr » / <http://www.stagemusicalcotebasque.fr>

=====
Nom, Prénom(s) et Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse de la Caisse :

Son Code Postal : **Ville :**

Bénéficiez-vous d'une **Mutuelle** ? OUI - NON

SI OUI, laquelle (Nom et adresse) :

Votre **n° d'adhérent** :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : OUI - NON

SI OUI, joindre - **obligatoirement** - photocopie de l'attestation CMU (à jour)

Ainsi que la photocopie de la CARTE VITALE

Numéro de Police et adresse de la Compagnie d'Assurance de votre **Responsabilité Civile** :

.....

- CETTE 2^{ème} PAGE EST À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT -

MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER CETTE FICHE, 3^{ème} Photo d'identité

DÛMENT COMPLÉTÉE ET SIGNÉE AVEC TOUS DOCUMENTS AVANT LE 06 JUILLET - Dernier délai -

Toute modification des renseignements contenus dans cette fiche devra être signalée à la Présidente de l'Autorité de Tutelle du Stage :

Tout courrier doit être adressé à : Mme Suzanne DUMAS, Présidente - BP 20033 - 33035 BORDEAUX CEDEX

Tél. 06 07 54 75 07 - 06 71 54 76 81 - 0 975 855 415

« ambcotebasque@orange.fr » / <http://www.stagemusicalcotebasque.fr>