

# MASTER CLASS

ACROBATIE AU SOL ET MOUVEMENTS  
ACROBATIQUES DES ARTS DU CIRQUE





PHOTO

## FICHE D'IDENTITÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à ..... (dép<sup>t</sup>: ..... ) Age : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : ..... Nationalité : .....

*Pour les étrangers :*

N° carte de séjour : ..... Vous autorise-t-elle à travailler ? .....

### NIVEAU SCOLAIRE

3<sup>ème</sup>  CAP  BEP  2<sup>nd</sup>e  BAC  Autres .....

Dernier diplôme obtenu : ..... Année d'obtention : .....

**SITUATION ACTUELLE** (*chômage, étudiant(e), ...*) : .....

### SITUATION FAMILIALE

Père (*nom, prénom / profession*) : .....

Mère (*nom, prénom / profession*) : .....

### FORMATION AUX ARTS DU CIRQUE

Avez-vous déjà suivi une formation dans une école préparatoire aux métiers des arts du cirque ? .....

Si oui, laquelle et en quelle année : .....

Par qui, quand et comment avez-vous eu connaissance de la Master Class en acrobatie au sol et mouvement acrobatique ?

Avez-vous présenté des concours d'entrée d'écoles ? Si oui, indiquez lesquels.

.....

# FICHE MÉDICALE

---

## ÉTAT CIVIL

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Nationalité : .....  
Taille : ..... Poids : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

## ANTECEDENTS MEDICAUX (Fractures, entorses, opérations...)

.....  
.....

\*Information qui restera confidentielle, destinée aux formateurs afin qu'ils puissent en tenir compte lors des cours

## SÉCURITÉ SOCIALE (JOINDRE LA COPIE DE L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE)

N° de Sécurité sociale : | \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ |

Caisse d'affiliation : .....  
.....

## PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

## AUTORISATION (POUR LES MINEURS)

J'autorise le responsable de la compagnie Acrobat-Circus à prendre toute mesure d'urgence en cas d'accident ou de maladie (y compris l'hospitalisation) : OUI  NON

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE FORMATION ANTÉRIEURE

## ACROBATIE

ANNÉE(S) DE PRATIQUE	NOM DE LA STRUCTURE ET VILLE	Nb D'HEURES PAR SEMAINE	NOMS ET QUALIFICATIONS DE VOS ENSEIGNANTS

### SITUEZ VOTRE NIVEAU :

ÉLÉMENT TECHNIQUE	MAÎTRISÉ	EN COURS D'APPRENTISSAGE	NON MAÎTRISÉ	BESOIN DE PARADE (OUI - NON)
ÉQUILIBRE				
ROUE				
RONDADE				
SAUT DE MAINS				
SAUT DE TÊTE				
FLIP ARRIÈRE				
SALTO AVANT				
SALTO ARRIÈRE				
RONDADE FLIP				
RONDADE SALTO				
RONDADE FLIP SALTO				

## DISCIPLINES DE CIRQUE

DISCIPLINES	ANNÉE(S) DE PRATIQUE	NOM DE LA STRUCTURE ET VILLE	Nb D'HEURES PAR SEMAINE	NOMS ET QUALIFICATIONS DE VOS ENSEIGNANTS

## DANSE

DÉCRIVEZ L'ACTIVITÉ :	ANNÉE(S) DE PRATIQUE	NOM DE LA STRUCTURE ET VILLE	Nb D'HEURES PAR SEMAINE	NOMS ET QUALIFICATIONS DE VOS ENSEIGNANTS
<i>SITUEZ VOTRE NIVEAU :</i>				

## JEU D'ACTEUR

DÉCRIVEZ-LE :	ANNÉE(S) DE PRATIQUE	NOM DE LA STRUCTURE ET VILLE	Nb D'HEURES PAR SEMAINE	NOMS ET QUALIFICATIONS DE VOS ENSEIGNANTS
<i>SITUEZ VOTRE NIVEAU :</i>				

## AUTRES DISCIPLINES OU AUTRES FORMATIONS

IDENTIFIEZ-LES ET DÉCRIVEZ-LES	ANNÉE(S) DE PRATIQUE	NOM DE LA STRUCTURE ET VILLE	Nb D'HEURES PAR SEMAINE	NOMS ET QUALIFICATIONS DE VOS ENSEIGNANTS
<i>SITUEZ VOTRE NIVEAU :</i>				

## VOS EXPÉRIENCES DE SPECTACLES

.....

.....

.....

.....



## AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),

Madame, Monsieur (Prénom et Nom) :

.....

N'autorise pas la Compagnie Acrobate-Circus à :

Autorise la Compagnie Acrobate-Circus et toute personne agissant pour son compte à :

Utiliser mon image sur les photographies et vidéos qui pourraient être réalisées lors des stages et/ou formations et à la diffuser sur son site internet (<https://www.acrobate-circus.com/>) mais également sur tout support numérique et papier qu'elle jugera utile à la promotion de ses activités (réseaux sociaux, supports de communication interne et externe et publicitaires (médias, livrets d'accueil,...)).

La présente autorisation d'exploitation de mon droit à l'image est consentie à titre gratuit.  
Je reconnais être informé(e) du droit de demander que mon autorisation soit rectifiée, mise à jour ou retirée.

A (Ville) .....

Le (Date).....

(Signature)

---

**Compagnie Acrobate-Circus**

325 chemin des marais

La Croix de la Rochette

73110

Tel fixe : 09 63 56 61 96 – Tel Port : 06 63 15 93 79

[www.acrobate-circus.com](http://www.acrobate-circus.com)

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 807777834 auprès du préfet de région Auvergne-Rhône-Alpes

# Modalités de paiement :

## Coût pédagogique de la formation intensive :

- 3120 euros avec prise en charge.
- Sans prise en charge contacter l'organisme de formation.
- Un acompte de 750 euros est indispensable pour réserver sa place

## Modes de paiement :

Par chèque, à l'ordre de « Acrobate-Circus »

Ou par virement (RIB donné par mail)

**Le reste du paiement sera exigé au début de la Master Class**

Notre RIB			
Banque	Guichet	N° Compte	Clé
10278	08895	00020701901	17
IBAN : FR76 1027 8088 9500 0207 0190 117 - BIC : CMCIFR2A			

## Pièces à Joindre au dossier :

- **Certificat médical obligatoire de moins de trois mois.**

**A défaut, l'élève ne sera pas couvert.**

## Adresse Fiscale et Postale de la Compagnie :

Compagnie Acrobate-Circus  
325 chemin des marais,  
La croix de la Rochette, 73110