INSCRIPTION ATELIERS ENFANTS-ADOS 2020/2021

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT/L'ADO

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Adresse : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code Postal : |__|__|__|__|__| **Ville :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone : **Mère :** |____|____|____|____|____| **Père :** |____|____|____|____|____|

Email Parents ***(En majuscules)*** **:**.....@ .....

(Les informations concernant votre activité ou la MPT, vous seront envoyées par mail)

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom + Tél) :.....

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme _____ agissant en qualité de responsable légal, autorise mon enfant inscrit ci-dessus à participer aux activités proposées par la Maison Pour Tous. Je reconnais être informé(e) que la MPT encadre les enfants mineurs uniquement pendant les horaires des activités auxquelles ils sont inscrits.

① ☐ J'autorise le responsable de l'association et/ou les animateurs de l'activité à intervenir auprès des autorités médicales pour faire pratiquer les soins nécessaires à l'état de santé de mon enfant.

② ☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité.

CERTIFICAT MEDICAL

Le certificat médical est **obligatoire** pour toutes les activités sportives. **Il est à fournir impérativement lors de votre inscription et doit être daté de moins de 3 mois.**

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) M. ou Mme _____ parent ou responsable de l'enfant (Nom + Prénom) _____ accepte par la présente que les photos ou vidéos sur lesquelles, mon enfant figure puissent être utilisées uniquement dans le cadre relatif à la vie de l'association (site internet / Facebook), son organisation et/ou dans un objectif d'information. **L'association ne cédera en aucun cas ces images à des tiers.**

Vous avez sans doute entendu parler du règlement général sur la protection des données (RGPD) applicable dès le 25 mai 2018. Afin de respecter les lois en vigueur concernant la gestion de vos données, nous souhaitons nous mettre dans la conformité la plus totale et ainsi préserver la relation commerciale éthique, personnalisée et honnête qui nous lie. Nous possédons des données à caractère personnel à votre sujet (nom, prénom et adresse mail par exemple) dans le respect absolu de la législation en vigueur.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service administratif/inscription à des fins purement administratives et de communication interne. Les données sont conservées pendant au minimum deux ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données et vous pouvez également vous opposer au traitement de ces dernières. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service administratif/inscription par mail : mptfos13@free.fr ou par téléphone au 04.42.47.71.40.

FOS SUR MER,

LE _____ / _____ / _____

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Précédé de la mention "Lu et approuvé"

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

CARTE ADHÉRENT : N°	Réf. :	Réf. C.Caisse :

CARTE ADHÉSION 6€ Offerte aux Adhérents 2019/2020 ☐			CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE : ☐
ESPÈCES	☐	REÇU N°	CHÈQUE N°
CHÈQUE	☐	REÇU N°	BANQUE :

MODE DE RÈGLEMENT	MONTANT	REÇU
ESPÈCES		N°
CHÈQUE		N°
AEVF		N°
ANCV		N°

ATELIERS	PRIX ANNUEL	Déduction à appliquer		TOTAL (après déduction)	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin
		AEVF	ANCV											
TOTAL														
Nom Banque				Chèque N°										
Nom émetteur du chèque					€	€	€	€	€	€	€	€	€	€