

Dates du programme du . au .



Intitulé du programme :

BULLETIN D'INSCRIPTION (-18 ANS)

PARTICIPANT (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

NOM .

PRÉNOM .

Sexe M F

Date de naissance . / . / .

Lieu de naissance . Âge .

COORDONNÉES DES PARENTS/TUTEURS (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

M^{lle} / M^{me} / M.

NOM .

PRÉNOM .

Lien de parenté : .

Adresse : .

CP : . Ville : .

Tél. portable : . Tél. domicile : .

Tél. professionnel : . E-mail : .

Encart réservé à l'équipement

CAS D'URGENCE (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

En mon absence, la personne à contacter est M^{elle} / M^{ne} / M.

NOM :

PRÉNOM :

Lien de parenté :

Tél. portable :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX (À remplir par les parents ou le tuteur)

“Je soussigné(e), . autorise les responsables de l'équipement à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien au mineur :

(Nom / Prénom).

Date de naissance : .

Numéro de séc. soc. : .

Je m'engage à rembourser l'équipement l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancées éventuellement pour mon compte.”

Maladies et allergies à signaler : .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION DE PRENDRE VOTRE ENFANT EN PHOTO OU VIDÉO

L'équipement peut être amené à prendre des photographies ou des vidéos des enfants pendant les activités sportives et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite ni de temps ni de lieu. L'équipement se réserve la possibilité de céder les droits d'utilisation de ces photos à l'ensemble des entités juridiques de son Groupe, qui pourront les utiliser dans les mêmes conditions. Si vous ne souhaitez pas que l'enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de sa séance, nous vous remercions de faire une lettre indiquant votre refus. Cette lettre devra être jointe au présent bulletin d'inscription.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (Merci de cocher)

J'accepte de recevoir des informations de l'équipement Oui Non

J'accepte de recevoir des informations la part des entités du groupe UCPA (UCPA Sport Vacances et ses filiales et UCPA Sport Loisirs et ses filiales). Oui Non

Conformément à la réglementation européenne en vigueur, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition ou un droit de limitation du traitement des informations me concernant, qui peut s'exercer à tout moment auprès de dpo@ucpa.asso.fr

ASSURANCE ANNULATION/INTERRUPTION/VOL/INDIVIDUELLE ACCIDENTS (Merci de cocher)

Je souscris la formule d'assurance Assur'jour (2€/jour) Oui Non

Je souscris la formule d'assurance Assur'loisirs (20€/13 mois) Oui Non

Pour plus d'information sur les formules d'assurance et le détail des garanties, vous pouvez demander à l'accueil ou consulter l'espace assurance de notre site : <http://www.ucpa-assurloisirs.com>

Prélèvement bancaire Oui Non

Nombre de paiements :

Je, soussigné(e) M^{lle}, M^{me}, M. certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales d'inscription et d'assurance de l'équipement.

Date :

"Lu et approuvé"

Signature du parent
ou du tuteur investi
de l'autorité parentale