



# FICHE INSCRIPTION ADULTE (25 ans et +)

## SAISON 2022 / 2023

CENTRE : \_\_\_\_\_

ADHERENT N° : \_\_\_\_\_

8 €

ACTIVITE(S) : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

CIVILITE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : \_\_\_\_\_ N° DE POLICE : \_\_\_\_\_

### 1. RESPONSABILITE

Je dégage *Anim'ORLEANS* / de toute responsabilité :

- en cas d'accident pouvant survenir avant et après les horaires de prise en charge d'activités,
- en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

### 2. DROIT A L'IMAGE

J'autorise *Anim'ORLEANS* / à utiliser pour sa communication (interne, externe : panneaux d'affichage, site internet, blog et réseaux sociaux) les photos et les images prises dans le cadre de ses activités.  Oui  Non

### 3. RGPD

Les informations collectées dans ce formulaire sont régies, conformément au RGPD, par notre charte de confidentialité.

J'ai été informé(e) et j'ai reçu la charte de confidentialité qui régit les données personnelles dans ce formulaire.

### 4. INSCRIPTIONS

Les paiements sont à régler à l'inscription.

Les paiements acquis lors de l'inscription peuvent faire l'objet d'un remboursement sous certaines conditions.

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_