BULLETIN D'INSCRIPTION - ADULTE

SAISON : .....

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

DATE DE NAISSANCE : ..... **SEXE :** F ☐ M ☐

ADRESSE POSTALE : .....

N°TÉLÉPHONE : .....

MAIL : .....

ACTIVITÉS SOUHAITÉES

ACTIVITÉS	JOURS	HEURES

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DE L'ACTIVITÉ :
L'adhésion n'est pas remboursable. Pour les activités aucun remboursement ne sera accepté sauf cas exceptionnel : les demandes seront à adresser au conseil d'administration. Je reconnais qu'il est de mon intérêt de souscrire une assurance complémentaire couvrant les dommages corporels auxquels peut m'exposer cette pratique sportive. Pour toute activité sportive, joindre un certificat médical datant de moins de 3 mois.

LE BÉNÉVOLAT

JE SOUHAITE ÊTRE SOLLICITÉ(E) POUR DES PETITS COUPS DE MAIN LORS D'ÉVÉNEMENTS :
Oui ☐ Non ☐

JE SOUHAITE M'ENGAGER DE FAÇON RÉGULIÈRE ET SOUHAITE DES INFORMATIONS:
Oui ☐ Non ☐

Je soussigné(e).....
accepte les modalités citées ci-dessus.

Date et signature

COLLECTE DE DONNÉES

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Passerelle, dans le but d'assurer la bonne gestion des listes d'activités et d'élaborer les statistiques nécessaires pour divers justificatifs. Elles sont conservées pendant 10 ans et sont destinées à un usage interne à La Passerelle uniquement.
Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant directement La Passerelle.

J'AUTORISE LE CENTRE SOCIAL À ME PHOTOGRAPHIER DANS LE CADRE D'ACTIVITÉS :
Oui ☐ Non ☐

J'AUTORISE LE CENTRE SOCIAL À DIFFUSER LES PHOTOS :
Sur le site internet Oui ☐ Non ☐
Sur les réseaux sociaux Oui ☐ Non ☐

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

CERTIFICAT MÉDICAL : Oui ☐ Non ☐

NUMÉRO PASSPORT LOISIRS : .....

TRANCHE : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Ext ☐

RÈGLEMENT : Chèque : ☐ Espèces : ☐
CS / ANCV : ☐ Virement : ☐
Carte bancaire : ☐

ACTIVITÉS	TARIFS
Adhésion	20
TOTAL	