

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**Nom et Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Lieu de naissance:** .....

**Adresse :** .....

.....

**Numéro de téléphone :**

Domicile :

Portable :

**Mail :** .....

Observations à communiquer à l'éducateur et / ou Suivi Médical :

.....

.....

.....

### INSCRIPTION ACTIV'FORME

**Je soussigné(e) Nom et prénom.....**

⇒ **Souhaite m'inscrire au créneau du :**

**MARDI**

**JEUDI**

- Septembre à décembre : activités individuelles en salle ou en extérieur (11h à 12h)
- Janvier à mars : activités collectives en salle (11h à 12h)
- Avril à juin : activités de plein air (11h à 12h)

**J'AUTORISE à être photographié et/ou filmé dans le cadre de d'ACTIV'FORME et j'autorise l'utilisation des images pour les supports de communication de la Ville.**

**JE N'AUTORISE PAS à être photographié et/ou filmé dans le cadre d'ACTIV'FORME.**

⇒ **Autorise le Responsable de l'activité à prendre toutes les dispositions pour faire soigner et faire pratiquer toute intervention d'urgence, jugée utile et nécessaire.**

⇒ **Certifie que l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à communiquer immédiatement les modifications comme les changements de numéros de téléphone.**

### PAIEMENT

⇒ **M'engage à régler la cotisation du dispositif ACTIV'FORM de 87 euros à réception de l'avis des sommes à payer transmis par le Trésor Public**

Paiement en 1 fois (15 septembre)

Paiement en 3 fois (15 septembre, 15 janvier, 15 avril)

Nous vous informons que les données collectées ont été recueillies à des fins d'inscription et de participation à des enseignements sportifs par la Ville de Challans. Ces données sont également utilisées à des fins statistiques. Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées à l'Ecole Municipale des Sports. Conformément au RGPD, vous pouvez exercer un droit d'opposition, de rectification et d'effacement des données me concernant en contactant le service des sports  
En cas de violation du RGPD, j'ai le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**Date :**

**Signature :**

### PIÈCES À FOURNIR

- **Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités physiques.**
- **Copie de l'attestation d'assurance « responsabilité civile »**

**Début de l'activité**

**Le mardi 12 septembre 2023**

### **PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE DES SPORTS**

**Attestation d'assurance**

**Certificat médical**