

## Fiche d'inscription Jeune 2019/2020

Photo

Activité(s)

- Adhésion 26€ (annuelle, individuelle et obligatoire)  
 Cotisation  
 Fiche sanitaire de liaison  
 Certificat médical obligatoire pour les activités sportives

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom responsable légal 1 : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Nom responsable légal 2 : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

### Autorisation de droit à l'image / Assurance / Communication

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Je refuse la diffusion de photographie ou film où mon enfant apparaît  
 J'atteste avoir souscrit une assurance responsabilité civile individuelle accident  
 J'accepte de recevoir par mail la communication du Tauzin / la vie de l'association (newsletter, animations, ...)  
 J'accepte de recevoir par mail les documents administratifs du Tauzin (factures, attestations, ...)

### Autorisation de sortie

#### Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom _____	Tél. Portable _____
Nom Prénom _____	Tél. Portable _____
Nom Prénom _____	Tél. Portable _____
Nom Prénom _____	Tél. Portable _____

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités (élémentaire uniquement)

o Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités. Elles seront conservées pendant 3 ans. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 dénommé « Règlement Européen sur la Protection des Données » et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et selon les cas d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation du traitement. Pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, pour accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier ou vous désabonner, vous pouvez vous adresser à l'accueil de l'association. Pour l'exercice de vos droits vous pouvez également contacter l'association à l'adresse mail suivante : [contact@letaubin.com](mailto:contact@letaubin.com) ou par courrier postal : Le Tauzin 50 rue Tauzin 33000 Bordeaux. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL. Vous avez également la possibilité d'introduire une plainte ou une réclamation auprès des services de la CNIL.

Fait à Bordeaux, le \_\_\_\_\_ Signature :





## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe.

Elle suit votre enfant dans toutes ses activités.

Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :		Prénom :
Adresse :		

### **I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			

### **II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical régulier**?  Oui  non

Si oui, joindre le **protocole d'accueil individualisé (PAI)** et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant).

**Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies : médicamenteuses  oui  non                      asthme  oui  non  
Alimentaires  oui  non    autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :**

.....

.....

Votre enfant mange-t-il du porc ?  oui  non

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**

.....

.....

### **III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

.....

### **IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom :    Prénom :    Tél. domicile :    travail :

Portable :  
Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :