

Fiche d'inscription Jeune 2026/2027

Photo

Activité(s)

- ☐ Adhésion 27€ (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) _____

- ☐ J'accepte que mon enfant soit pris en photo, apparaisse sur des vidéos et soit enregistré
☐ Je consens gracieusement à ce que le Tauzin utilise les photos, enregistrement sonores et vidéos dans le cadre de son activité professionnelle
☐ 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@letauzin.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 : _____

Cadre réservé à l'administration

[illegible]



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.

Enfant : ☐ fille ☐ 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	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
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 :