École Multisports

**Fiche d’inscription 2019/2020 :**

**ENFANT**

\*obligatoire

Prénom\* : ………………… Nom\* : ………………………… Genre\* : M F

Date de naissance\* : …../……./………… Établissement scolaire\* : ……………………

Classe\* : ………………………. Professeur\* : ………………………………..

Adresse\* : ………………………………………………………………………………………..

Code Postal\* : …………………… Ville\* : ………………………………………..

**RESPONSABLE LÉGAL**

Prénom\* : ………………… Nom\* : ………………………… Genre\* : M F

Adresse\* : ………………………………………………………………………………………

Code Postal\* : …………………… Ville\* : ………………………………………

Mobile\* : ……………………………… E-mail\* : ……………………………………..

Date\* : ……./……/……….. Signature\* :

Les données personnelles recueillies dans ce formulaire deviennent la propriété du Comité Départemental de l’Union Sportive de l’Enseignement du Premier degré du Cher (USEP 18). Elles peuvent être communiquées à l’UFOLEP 18 ou à la Ligue de l’Enseignement du Cher dans le cadre d’un partenariat. Elles ne pourront en aucun cas être utilisées à des fins commerciales ou publicitaires. Conformément à la loi « Informatique & Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’opposition, d’accès ou de rectification sur les données personnelles vous concernant à exercer auprès du siège social de l’USEP 18.

École Multisports

**Autorisation parentale 2019/2020 :**

Je soussigné ………………………………………………………..., responsable légal de l’enfant …………………………………………………………, autorise :

**DROIT À L’IMAGE**

* L’USEP 18 à utiliser l’image de mon enfant ou la mienne dans le cadre de toute activité du comité pour parution dans la presse écrite, sur le site internet du comité, et sur tout support en relation avec le comité (cocher la mention souhaitée).

OUI (pour mon enfant) OUI (pour la mienne)

OUI (pour les deux) NON

**ASSISTANCE MÉDICALE EN CAS D’URGENCE**

* L’entraîneur sportif ou l’encadrant de l’activité ou le représentant de l’USEP 18 présent sur place, s’il n’a pas été possible de me contacter, à prendre toutes décisions nécessaires en cas de maladie, de blessure ou d’accident survenus pendant l’activité. Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qui s’avèrerait indispensable, y compris l’hospitalisation.

À ……………………………, le ........./………/…………

Signature :