

INFORMATIONS SUR LA FORMATION

ACTIVITE	Twirling
INTITULE	Etude/perfectionnement des degrés 4 à 6
DATE	Dimanche 6 novembre 2022
LIEU	Questembert

Retour des dossiers pour le 27 octobre 2022 au plus tard
au secrétariat du CR Bretagne secretariat.cr.bretagne@fscf.asso.fr

Dossier de recueil des informations concernant les stagiaires inscrits sur les formations organisées par le CR Bretagne FSCF.

*Les informations sont recueillies aux fins de gestion de votre inscription à une formation FSCF. Le recueil de ces informations conditionne la bonne inscription. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre activité et pendant une durée de 3 ans après son terme. Elles sont traitées par les services du comité régional FSCF Bretagne, du siège de la FSCF et la Commission Nationale de l'activité concernée. Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité, de limitation, d'opposition au traitement de vos données auprès du Comité Régional Bretagne cr.bretagne@fscf.asso.fr ou par courrier FSCF Bretagne – 19 rue du Hil- 35230 Noyal Chatillon sur Seiche de la FSCF – service formation- 11 rue Oberkampf – 75011 PARIS
Vous pouvez faire toute réclamation auprès de la CNIL*

FICHE D'INSCRIPTION**LE STAGIAIRE**

Association :

N° Licence valide saison en cours :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

tél portable :

Mail :

Date de naissance :

Lieu :

Age au 1er jour du stage

DROIT A L'IMAGE

J'autorise, sans contrepartie financière, la Fédération Sportive et Culturelle de France, Comité Régional de Bretagne et siège national, à utiliser mon image pour ses supports de communication interne et externe.

	Oui	Non
Livret Assemblée Générale CR Bretagne FSCF		
Site internet CR Bretagne FSCF		
Newsletter CR Bretagne FSCF		
Facebook		
Tweeter		
Instagram		

Cochez la case correspondant à votre choix.

Date :

Signature du stagiaire ou de son représentant légal pour les mineurs

ASSURANCE

En tant que licencié-e FSCF, je reconnais (ou mon représentant légal) avoir été informé-e de l'importance, d'avoir souscrit un contrat d'assurance individuelle couvrant les dommages corporels auxquels la pratique de mon activité peut m'exposer.

J'atteste que mon assurance individuelle me couvre lors de la pratique de mon activité

Mon assurance ne me couvre pas pour la pratique de mon activité.

Je souhaite adhérer au pack activité proposé par la FSCF (mettre lien infos assurance). Je contacte mon responsable d'association pour valider ma prise d'assurance sur le site de prise de licence Adagio.

Date :

Signature du stagiaire ou de son représentant légal pour les mineurs

Fiche inscription (suite)**AUTORISATION PARENTALE, DE TRAITEMENT / PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN** (Cet imprimé doit aussi être complété par les personnes MAJEURES)**AUTORISATION PARENTALE** (mineurs)

Je soussigné(e) M

Agissant en qualité de :

Autorise mon enfant (nom, prénom)

A participer au stage dénommé en page 1 et à pratiquer toutes les activités prévues.

Et j'autorise les responsables de ce stage à prendre, en mon nom, toutes décisions qu'ils jugeront utiles en cas d'urgence, accident, maladie ou intervention chirurgicale. **Dans ce cas, je m'engage à rembourser tous les frais médicaux et frais annexes qui auraient été avancés.**

A voyager seul-e pour se rendre sur le lieu du stage et en revenir oui non

A voyager seul-e en cas de renvoi décidé par le responsable de la session oui non

• **PARTIE A COMPLETER PAR LES PARENTS POUR LES STAGIAIRES MINEURS OU PAR LE STAGIAIRE SI CELUI-CI EST MAJEUR :**

Je reconnais avoir pris connaissance de l'importance d'avoir contracté une assurance en responsabilité civile.

Je m'engage à prévenir la FSCF Comité régional de Bretagne, par écrit, de tout changement dans mon état de santé / dans l'état de santé de mon enfant, et ce avant de le faire participer à une session de formation ou je suis inscrit / il est inscrit (allergie, prise de médicament, blessure...) (1)

J'autorise la FSCF CR Bretagne à indiquer mes coordonnées (adresses postale et mail, n° tél) sur les documents transmis aux autres stagiaires. oui non

Cochez ou complétez OBLIGATOIREMENT TOUTES les rubriques

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR : (merci d'écrire lisiblement les différentes coordonnées)

M/Mme:

Lien de parenté

Tél (fixe et portable) :

Date

Signature du stagiaire ou de son représentant légal si mineur

ALLERGIE – MALADIE – REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

• **le stagiaire bénéficie d'un PIA** : nous le transmettre sous plis confidentiel.

• **Le stagiaire ne bénéficie pas d'un PIA** : nous transmettre, également sous plis confidentiel, un certificat récent du médecin indiquant la pathologie, la conduite à tenir ainsi que la posologie des médicaments à prendre.

Nous apporterons une attention particulière aux informations médicales en notre possession.