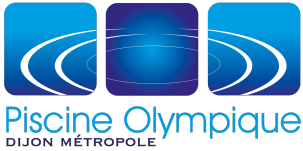


Dates du programme du au



Intitulé du programme:

BULLETIN D'INSCRIPTION (-18 ANS)

PARTICIPANT (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

NOM

PRÉNOM

Sexe M F

Date de naissance / /

Lieu de naissance

Âge

COORDONNÉES DES PARENTS/TUTEURS (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

M^{elle} / M^{me} / M.

NOM

PRÉNOM

Lien de parenté:

Adresse:

CP: Ville:

Tél. portable: Tél. domicile:

Tél. professionnel : E-mail :

La collecte et le traitement des données personnelles sont conformes à la législation européenne en vigueur. Les informations vous concernant sont destinées au groupe associatif UCPA (l'association UCPA Sport Vacances et ses filiales ainsi que l'association UCPA Sport Loisirs et ses filiales), responsable de traitement, afin de permettre la gestion de votre abonnement, et vous adresser des offres du groupe, par courrier, email. Les données sont conservées pendant la durée nécessaire à la finalité de traitement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit de rectification, de limitation du traitement, d'opposition et d'un droit de portabilité. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : UCPA - DPO - Le Lieu Commun - 21/37, rue de Stalingrad - CS 30517 - 94 110 Arcueil Cedex ou par mail à dpo@ucpa.asso.fr

CAS D'URGENCE (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

En mon absence, la personne à contacter est M^{elle} / M^{me} / M.

NOM:

PRÉNOM:

Lien de parenté:

Tél. portable:

Tél. domicile:

AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX (À remplir par les parents ou le tuteur)

“Je soussigné(e), autorise
les responsables de l'UCPA

à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident,
intervention chirurgicale urgente, ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien au mineur:
(Nom/Prénom).....

Date de naissance:

Numéro de séc. soc.:

Je m'engage à rembourser l'UCPA l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancées
éventuellement pour mon compte.

Maladies et allergies à
signaler:.....

AUTORISATION DE PRENDRE VOTRE ENFANT EN PHOTO OU VIDÉO

L'UCPA peut être amenée à prendre des photographies ou des vidéos des enfants pendant les activités
sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite ni de temps ni
de lieu. L'UCPA se réserve la possibilité de céder les droits d'utilisation de ces photos à l'ensemble des entités
juridiques de son Groupe, qui pourront les utiliser dans les mêmes conditions. Si vous ne souhaitez pas que
l'enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, nous vous remercions de faire une lettre
indiquant votre refus. Cette lettre devra être jointe au présent bulletin d'inscription.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (Merci de cocher)

J'accepte de recevoir de l'information des entités du groupe UCPA Oui Non

J'accepte de recevoir de l'information sur les offres des partenaires de l'UCPA Oui Non

ASSURANCE ANNULATION/INTERRUPTION/VOL/INDIVIDUELLE ACCIDENTS (Merci de cocher)

Je souscris la formule d'assurance Assur'jour (2€/jour) Oui Non

Je souscris la formule d'assurance Assur'loisirs (30€/13 mois) Oui Non

Pour plus d'information sur les formules d'assurance et le détail des garanties, vous pouvez demander à l'accueil
ou consulter l'espace assurance de notre site: <http://www.ucpa-assurloisirs.com>

Prélèvement bancaire Oui Non Nombre de paiements:
.....

Je, soussigné(e) M^{elle}, M^{me}, M. certifie avoir pris
connaissance et approuvé les conditions générales d'inscription et d'assurance de l'UCPA.

Date :

“Lu et approuvé”

Signature du parent
ou du tuteur investi
de l'autorité parentale