

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADULTES

IDENTITE

Prénom :

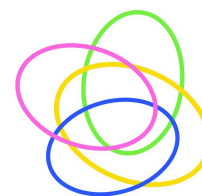
Nom :

Date de naissance : / /20

Tel 1 :

Tel 2 :

Adresse



Office des Sports  
BAIN DE BRETAGNE

Coût annuel (dont  
cotisation à l'OCAS)

**80€**

Adresse mail (en capitale): @

MEDICAL

Médecin traitant :

Ville :

N° TEL :

N° Sécurité Social :

Nom de mutuelles :

N° Adhérent mutuelle :

AUTORISATIONS

Veillez cocher les réponses ci-dessous : J'AUTORISE r - JE N'AUTORISE PAS

- que les organisateurs prennent toute mesure d'urgence me (ou nous) concernant en cas d'accident compris l'hospitalisation
- que je soit (ou nous soyons) photographié (e) et/ou filmé (e), lors de ma (notre) participation à l'animation et/ou lors du (des) regroupement (s), que mon (notre) image soit reproduite sur support papier ou numérique, en association avec tout document d'information élaboré à des fins NON COMMERCIALES & que son image soit conservée sur CD Rom ou autre support électronique et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement pour utilisation dans un but pédagogique et/ou information, sachant que vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification, je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation, à quelque titre que ce soit, pour ma participation à la prise de vue et à sa diffusion.

à règlement ---->  chèque  chèques vacances  espèces  CB  C.S  Pass'Sport  autres

Fait à .....Le .....

Faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé

À prévoir : fiche sanitaire de liaison, attestation assurances