***Inscription Club Nature Tzama 2022-2023***

***Mercredis matins durant l’année scolaire   
A retourner par mail animation.tzama@gmail.com***

**Pour l’enfant**

Nom et prénom de l’enfant ........................................................................................................ Date de naissance : / /

**Formule et tarif du Club Nature**

Atelier nature de 3h – 9h-12h chaque mercredi – 800 euros l’année

L’inscription de votre enfant aux ateliers du mercredi est un engagement annuel.

Au niveau administratif nous demandons également à l’enfant d’adhérer à l’association Tzama. Montant de l’adhésion 10 euros pour l’année.

Le paiement peut s’effectuer en une fois ou trois fois (Septembre, Décembre et Mars) par virement bancaire (RIB attaché dans l’email ou disponible sur notre site web)

Veuillez nous indiquer ci dessous le mode de paiement choisi (Entourez votre choix)

1 fois / 3 fois

**Famille :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mère | Père |
| Nom et prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Téléphone portable |  |  |
| Mail |  |  |
| Autorité parentale oui/non |  |  |

**AUTORISATION ET DECHARGE EN CAS D’URGENCE**

Je soussigné( e ) .......................................................................................................................... autorise, qu’en cas d’urgence, mon enfant .................................................................... soit conduit par les services compétents au Centre Hospitalier le plus proche.

* Je décharge l’association Tzama de toute responsabilité à cet égard.
* Je décharge en outre les éducateurs de toute responsabilité en cas d’allergie non déclarée en début d’année à l’association.

Contacts à prévenir en cas d’urgence (en dehors des parents) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DÉCHARGE POUR LA RESTITUTION DE L’ENFANT A LA SORTIE DU CLUB NATURE**

Je soussigné( e )........................................................................................................................... autorise les personnes suivantes :

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : Tél. portable :
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : Tél. portable :
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : Tél. portable :
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : Tél. portable :

à venir chercher mon enfant .................................................................... à la sortie du Club Nature et décharge les éducateurs de toute responsabilité.

**AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER ET FILMER**

Je soussigné( e ) ........................................................................................................................ autorise le personnel de l’association Tzama à prendre des photos et faire des vidéos de mon enfant ................................................................................. avec une utilisation possible : lors des ateliers, sur le site internet de l’association, le groupe WhatsApp des parents de l’école et lors des événements organisés par l’association.

**Informations concernant la santé de votre enfant**

1/ Allergies  
- médicamenteuse : .................................  
- alimentaire : ............................................. - autres : ...................................................

2/ Antécédents  
-maladie : ................................................... -chirurgie : ................................................ -accident : ................................................. -hospitalisation :.......................................... -autres :......................................................

3/ Contre-indication  
-alimentaire : ................................................ -médicamenteuse : .......................................... -autres : ......................................................

4/ Autres problèmes de santé : ....................................

5/ Actuellement, votre enfant est-il sous traitement ?

□ OUI □ NON

Si oui lequel : ................................................

6/ Vaccination : Uniquement pour **les nouveaux inscrits :** Veuillez nous fournir une photocopie du carnet de vaccinations.

7/ Médecin traitant :

Nom et Prénom : ................................................... Téléphone : .................................................. Mail : ........................................................

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le trésorier de l’association pour souscrire l’assurance et générer la carte de membre. La base légale du traitement est Gestanet, un logiciel à destination des associations pour la gestion de membres bénévoles.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants les membres du Comité d’Administration de l’association, les enseignants et le représentant de la fédération des foyers club.

Les données sont conservées pendant autant d’années que vous restez adhérent.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d’informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez envoyer un mail à [contact.tzama@gmail.com](mailto:contact.tzama@gmail.com)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à ............................................. le ............................................. : | |
| Signature de la mère, précédée de la mention « lu et approuvé » | Signature du père, précédée de la mention « lu et approuvé » |