***Inscription stages de vacances Tzama
A retourner par mail animation.tzama@gmail.com***

**Semaine du …………….. au ………………….**

**Pour l’enfant**

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

**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’équipe d’animation de toute responsabilité à cet égard.
* Je décharge en outre les éducateurs de toute responsabilité en cas d’allergie non déclarée à la direction.

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

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

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

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

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

**AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER ET FILMER**

Je soussigné( e ) ...................................................................................................... autorise le personnel d’animation ou des membres de l’association 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 des parents des camps de vacances 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/ Médecin traitant :

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

Mail : ........................................................

**Tarifs des camps de vacances**

130 euros par semaine (5 matinées du lundi au vendredi)

A réception de la facture, le paiement par virement bancaire validera l’inscription de votre enfant

L’engagement pour la semaine de camps de vacances sera considéré comme définitif ne pourra être restitué si l’enfant ne peut pas y prendre part à compter d’une semaine avant la date de début de l’activité sauf si nous parvenons à le remplacer. L’association ne possède malheureusement aucune assurance couvrant ce type de cas en période de Covid-19. En tant qu’association à but non lucratif, nous ne pouvons pas nous permettre de remboursement de ce type à ce jour et nous vous remercions pour votre compréhension.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé mis à disposition par notre cabinet comptable Acomptia par le trésorier de l’association.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants les membres du Comité d’Administration de l’association, les membres de l’équipe pédagogique et les salariés du cabinet de compatbilité.

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

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 » |