



# FICHE D'INFORMATIONS ADHERENT Majeur

## ANNEE 2019-2020

« Les informations recueillies lors d'une inscription sont enregistrés dans un fichier informatique. Elles sont uniquement destinées à un usage interne nécessaire au bon fonctionnement des activités et à des fins statistiques. Elles seront anonymisées dans les 3 ans après votre dernière inscription. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et de suppression en vous adressant à l'accueil »

### L'ADHERENT :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

Adresse :  
.....

Adresse mail : ..... N° de portable: .....

### Comment avez-vous connu l'APIJ ?

- Affiche  Site Internet
- Réseaux sociaux  Bouche à oreille
- Presse  Foyer
- Autre : .....

### AUTORISATIONS :

Je soussigné .....,

	OUI	NON
<b>Droit à l'image</b> Autorise que mon image (photo ou vidéo) soit diffusée par l'APIJ.		
<b>Autorisation d'urgence</b> Autorise l'équipe pédagogique de l'APIJ à me soigner et à faire pratiquer toutes interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.		

Je soussigné....., déclare exacts les renseignements portés sur ce document.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



Association pour l'Intercommunalité des Jeunes

# FICHE D'INFORMATIONS ADHERENT Majeur

# ANNEE 2019-2020

« Les informations recueillies lors d'une inscription sont enregistrés dans un fichier informatique. Elles sont uniquement destinées à un usage interne nécessaire au bon fonctionnement des activités et à des fins statistiques. Elles seront anonymisées dans les 3 ans après votre dernière inscription. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et de suppression en vous adressant à l'accueil »

## L'ADHERENT :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....

Adresse :  
.....

Adresse mail : ..... N° de portable: .....

Avez-vous d'éventuels problèmes de santé (*allergies alimentaires, intervention chirurgicale ressentie, etc.*) à communiquer à l'APIJ ?  
.....  
.....

## Comment avez-vous connu l'APIJ ?

- Affiche  Site Internet
- Réseaux sociaux  Bouche à oreille
- Presse  Foyer
- Autre : .....

## AUTORISATIONS :

Je soussigné .....,

	OUI	NON
<b>Droit à l'image</b> Autorise que mon image (photo ou vidéo) soit diffusée par l'APIJ.		
<b>Autorisation d'urgence</b> Autorise l'équipe pédagogique de l'APIJ à me soigner et à faire pratiquer toutes interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.		

Je soussigné....., déclare exacts les renseignements portés sur ce document.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »