

FICHE D'INSCRIPTION BAFA ECyD 2020

Photo

Merci de bien vouloir remplir lisiblement et entièrement cette fiche, puis de l'envoyer à
P. Roger Villegas LC – BAFA ECyD
4, rue Corot 75016 PARIS

- Monsieur
- Madame (nom de naissance : _____)

Nom : _____ Prénom : _____

L'ouverture d'un compte sur le site www.jeunes.gouv.fr/bafa-bafd est nécessaire pour votre inscription, indiquez votre région sur la carte du site. Il vous sera alors attribué un n° de dossier que vous devez indiquer ci-dessous. Merci de saisir vos données personnelles exactement comme elles se trouvent sur votre CNI ou votre passeport.

Votre numéro de dossier BAFA (obligatoire) : _____

- J'autorise la publication des photos prises lors des activités sur les supports de communication de *Regnum Christi*, selon les conditions stipulées qui figurent sur la dernière page de ce dossier d'inscription. Si je ne le désire pas, il me suffit d'écrire en toutes lettres : JE NE SOUHAITE PAS QUE LES PHOTOS DE MON ENFANT SOIENT UTILISÉES QUEL QUE SOIT LE SUPPORT DE COMMUNICATION.

- J'autorise le traitement de mes données personnelles pour continuer à être informé des activités de SPES et de Regnum Christi (CLCF).

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

J'inscris Nom : _____ Prénom : _____, dont je suis le père, la mère, le responsable légal (rayer les mentions inutiles),

- A la session de formation générale BAFA organisée par SPES qui aura lieu du 22 au 29 août à Méry-sur-Marne (77).
- A la session d'approfondissement BAFA organisée par SPES qui aura lieu du 22 au 28 août à Méry-sur-Marne (77).

J'autorise mon enfant à utiliser les transports suivant pendant les activités : car d'une compagnie de transport publique ou privée, tram ou train, ainsi que des voitures conduites par des membres de l'encadrement pour les petits déplacements si nécessaire.

Je confirme qu'au cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux de toute nature au cours des activités et des trajets en rapport avec les activités, les directeurs et les animateurs ont l'autorisation de faire transporter l'enfant chez un médecin ou à l'hôpital et de prendre les mesures complémentaires qu'ils estimeraient nécessaires afin de protéger la santé et le bien-être de l'enfant.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____ 2020

Signature du responsable légal :

Votre inscription sera validée à réception par la poste dans les 10 jours après l'inscription de ce dossier avec les pièces suivantes :

- La fiche d'inscription (p. 1)
- Une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
- Photo d'identité récente (si pas téléchargée au moment de l'inscription sur le site)

En plus pour les mineurs

- L'autorisation parentale complétée et signée (p.1)
- Une photocopie de la carte vitale ou attestation de sécurité sociale
- La fiche sanitaire de liaison dûment complétée (pp. 3-4)
- Un chèque d'acompte de 120 € si vous n'avez pas réglé sur *HelloAsso*

LISTE DES AFFAIRES A APPORTER

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 sac de couchage | <input type="checkbox"/> 1 trousse de toilette complète (dentifrice, brosse à dents, savon, shampoing, serviette, peigne...) |
| <input type="checkbox"/> Pyjama | <input type="checkbox"/> 1 serviette de bain |
| <input type="checkbox"/> Vêtements suffisants pour le séjour (il n'y aura pas de lavage de linge pendant la formation) | <input type="checkbox"/> Cahier et stylos |
| <input type="checkbox"/> 1 paire de sandales pour la douche | <input type="checkbox"/> Instruments de musiques (facultatif pour animer les célébrations et veillées) |

CONDITIONS D'EXPLOITATION DU DROIT À L'IMAGE ET TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

L'association « Solidarité Partage Education Sociale » (SPES) et la congrégation des légionnaires du Christ de France (CLCF), ci-après désignées ensemble « l'Exploitant », peut réaliser, utiliser et exploiter tout ou partie des prises de vue et des enregistrements photographiques, vidéo et audio capturés dans le cadre des activités qu'il propose.

L'image de mes enfants mineurs pourront être représentées sur tous supports et en tous formats. Elles pourront être diffusées sur tout support de communication de l'Exploitant : site Internet, réseau social, newsletter, journal interne, affichage, tout support de relations publiques et presse etc. le tout dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables en la matière et sans but lucratif.

Je suis informé(e) que les enregistrements susvisés et prises de vues sont réalisés en vue de promouvoir et de donner une visibilité à l'activité de l'Exploitant, dans le respect de son objet social. Ils ne pourront être utilisés à d'autres fins ni par d'autres personnes physiques ou morales que l'Exploitant sans mon autorisation.

J'autorise l'utilisation des images de mes enfants mineurs dont je suis le représentant légal titulaire de l'autorité parentale.

L'Exploitant veillera à ce que les commentaires éventuels accompagnant la diffusion de l'image de moi-même et de mes enfants mineurs ne portent en aucune manière atteinte à notre réputation, à notre honneur ou à notre dignité.

Cette autorisation est consentie à titre gracieux, sans contrepartie, pour une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction sauf opposition de ma part.

Je suis informé(e) que la présente autorisation constitue un traitement de données à caractère personnel. Ces données seront conservées pendant toute la durée et pour les besoins de la présente autorisation et ne pourront être utilisées par d'autres personnes physiques ou morales que l'Exploitant.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, je dispose à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et de effacement de ces données auprès du responsable du traitement des données personnelles chez l'Exploitant à l'adresse suivante : cwhitman@regnumchristi.fr (Madame Carina WHITMAN).

Je suis informé(e) de mon droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ou de toute autre autorité de contrôle compétente en cas de manquement de l'Exploitant relatif au traitement de mes données personnelles.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Sexe : Garçon Fille

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|------------------------|---------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-reillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | BCG | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant*).

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes* ?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Angine |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | |

Allergies* : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

.....
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse

Tél. fixe (et portable) du domicile : du bureau

NOM et Tél. du médecin traitant :

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature: _____ Date: _____