BULLETIN D'INSCRIPTION (-18 ANS)

UCPA sport station NANTES

PRODUIT (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

Nom du produit …… Tarif TTC …… €

Date de début …… /…… /…… Date de Fin …… /…… /……

PARTICIPANT (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

NOM* …… Sexe* M ☐ F ☐

PRÉNOM* …… Date de naissance* …… /…… /……

Adresse*:……

CP: …… Ville:……

Tél. portable*: …… Tél. domicile*: …… E-mail*:……

COORDONNÉES DES PARENTS / REPRÉSENTANTS LÉGAUX (Si différent du bénéficiaire de l'abonnement)

NOM* …… Sexe* M ☐ F ☐ Lien de parenté: ……

PRÉNOM* …… Date de naissance* …… /…… /……

Adresse*:……

CP: …… Ville:……

Tél. portable*: …… Tél. domicile*: …… E-mail*:……

* Champs obligatoires

La collecte et le traitement des données personnelles sont conformes à la législation européenne en vigueur. Les informations vous concernant sont destinées au groupe associatif UCPA (l'association UCPA Sport Vacances et ses filiales ainsi que l'association UCPA Sport Loisirs et ses filiales), responsable de traitement, afin de permettre la gestion de votre abonnement, et vous adresser des offres du groupe, par courrier, email. Les données sont conservées pendant la durée nécessaire à la finalité de traitement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit de rectification, de limitation du traitement, d'opposition et d'un droit de portabilité. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : UCPA – DPO – Le Lieu Commun - 21/37, rue de Stalingrad - CS 30517 - 94 110 Arcueil Cedex ou par mail à dpo@ucpa.asso.fr

Si vous le souhaitez, vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.

CAS D'URGENCE (Merci d'écrire en majuscules lisiblement)

La personne à contacter est M^{elle}/M^{me}/M.
NOM: …… PRÉNOM: ……
Tél. portable: …… Tél. domicile: ……

AUTORISATION DES SOINS MÉDICAUX (à remplir par les parents ou le tuteur)

"J'autorise les responsables de l'établissement à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, le cas échéant après avis médical ou consultation d'un praticien (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, analyses médicales).
(Nom/Prénom)……
Date de naissance …… /…… /……
Numéro de séc. soc.: ……

ASSURANCE ANNULATION/INTERRUPTION/VOL/INDIVIDUELLE ACCIDENTS (Merci de cocher)

Je souscris la formule d'assurance Assur'jour (2,60€/jour) Oui ☐ Non ☐
Je souscris la formule d'assurance Assur'loisirs (38€/13 mois) Oui ☐ Non ☐

Pour plus d'information sur les formules d'assurance et le détail des garanties, vous pouvez demander à l'accueil ou consulter l'espace assurance de notre site: **http://www.ucpa-assurloisirs.com**

Prélèvement bancaire Oui ☐ Non ☐ Nombre de paiements: ……

Je, soussigné(e) M^{elle}/M^{me}/M ……certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales d'inscription et d'assurance de l'UCPA.
Si vous ne souhaitez pas recevoir des propositions commerciales ou des communications de l'équipement et des autres entités du groupe associatif UCPA lequel comprend l'Association UCPA Sport Vacances, l'Association UCPA Sport Loisirs et leurs filiales par voie électronique, merci de cocher cette case: ☐

Date : ……*"Lu et approuvé"*

Signature de l'abonné Signature de l'établissement

Encart réservé au centre