

Ce document ne vaut pas inscription.

Le contrôle du dossier par la direction des sports ainsi que le paiement de la cotisation valide l'inscription.

Les places sont limitées et seront attribuées en fonction de l'ordre d'arrivée (inscriptions horodatées).

## Inscription pour l'atelier ado/adulte :

### Informations concernant le (ou la) participant (e)

**NOM (\*)**

**PRÉNOM (\*)**

Date de naissance (\*)

Age (\*) ans

Sexe (\*) Féminin Masculin

Adresse (\*)

Code Postal (\*)

Ville (\*)

Tél Fixe (\*)

Tél Port (\*)

Mail (\*)

Enfant fréquentant l'école municipale de sport ? **Oui** **Non**

*Si oui précisez ci-dessous Nom , prénom et école de sport suivi pour chaque enfant*

### Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM(S)	Prénom(s)	Lien(s) de parenté	Téléphone(s)

### Droit à l'image (\*)

Autorise  N'autorise pas  que l'adherent, dans le cadre des activités réalisées lors de l'école municipale de sport, figure dans les reportages réalisés par les médias. Ces images sont susceptibles d'être utilisées dans les médias locaux, le Lens Mag ou le Facebook de la ville. Je donne mon accord pour toutes les utilisations qui seront faites de ce reportage dans le cadre précisé ci-dessus, y compris pour l'utilisation sur un support de communication de la Ville de Lens. Je garantis la Ville de Lens et ses partenaires contre tout recours qui pourrait être formulé à titre quelconque par moi-même ou mes ayants droits

### Diffusion de l'Information (\*)

Autorise  N'autorise pas  la direction des sports à m'envoyer les informations relatives aux animations sportives ( stage, école municipale de sport, etc ...)

(\*) Champs Obligatoires

# Renseignements médicaux

"Le ou la participant(e)" suit-il/elle un traitement médical ? (\*) Oui  Non

"Le ou la participant(e)" à t'il/elle ses vaccins à jour ? (\*) Oui  Non

**Allergies (\*)** Asthme Oui  Non  Autres allergies précisez ci dessous:  
Alimentaires Oui  Non   
Médicamenteuse Oui  Non

Précisez ci dessous la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication le signaler)

**Difficultés de santé:** (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)  
Précisez les dates et les précautions à prendre

**Recommandations utiles:** port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc...

Autorisez-vous le responsable des activités adolescent/adulte à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaire par l'état du participant ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

**Cocher pour signer le dossier**

complété à (\*)

le (\*)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à les réactualiser si nécessaire et accepte le règlement intérieur de l'école municipale de sport.

(\*) Champs Obligatoires



La pratique d'activités physiques et sportives comporte des risques et peut engendrer des blessures et traumatismes corporels.  
Toutes personnes souffrant d'une maladie ou d'un problème de santé souhaitant participer accepte le risque et ne pourra engager la responsabilité civile de la ville de Lens.  
En cas de reprise d'activité, un avis médical est recommandé et un certificat de non contre-indication à la pratique sportive peut-être fourni à l'inscription.

La ville de LENS, représentée par Monsieur Sylvain Robert, maire, collecte des données personnelles vous concernant dans le cadre de l'inscription aux activités de l'EMS. Ces données sont collectées dans le cadre d'une mission de service public et accessibles uniquement par les agents du service en charge de l'organisation de cette activité. Elles sont conservées tant que la personne poursuit cette activité et archivées ensuite.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Générale sur la Protection des Données, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données.

Pour exercer vos droits, contactez-nous en nous adressant un courrier postal à Monsieur le Maire, Hôtel de Ville, 17 bis place Jean Jaurès, 62300 LENS ou en ligne via la plateforme dédiée sur le site de la ville <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/lens>