|  |  |
| --- | --- |
|  |  **FICHE D’INSCRIPTION** **Programme Sport-Santé Seniors**  |

|  |
| --- |
| Nom ……………………………………………………………………….Prénom …………………………………………………………………… Sexe : 🞏 H 🞏 FDate de naissance ……………/…………/……………Adresse …………………………………………………………………………………………………………..CP …………………………………. Ville ……………………………………………………………………...🕿 ……………………………………………………. 🖁……………………………………………………….Email : @**Personne à prévenir en cas d’urgence** ………………………………………🖁…................................Autorisation de publication des photographies : 🞏 OUI 🞏 NON Inscription au groupe WhatsApp afin de vous tenir informé tout au long de l’année : 🞏 OUI 🞏 NON * **Informations optionnelles à des fins de statistiques :**

Situation familiale : 🞏 marié ; 🞏 pacsé ; 🞏 divorcé ; 🞏 séparé ; 🞏 célibataire ; 🞏 veufMutuelle : ………………………………………………………………………………………………………... |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTS OBLIGATOIRES****A FOURNIR AVANT DE DEMARRER TOUTE ACTIVITE**(Ces documents sont à fournir chaque année pour participer aux cours, programmes et tests…) | **Partie réservée** **à l’Administration** |
| * **Attestation** d’assurance en responsabilité civile **au nom de l’adhérent** (vérifiez que votre assurance couvre les personnes et le matériel dans le cadre des activités sportives avec le service des sports.
* **Certificat médical** de non contre-indication à la pratique de l’activité physique.

- **Prescription du médecin** « APA sur prescription » (personnes souffrant de maladie chronique.) | Oui / NonValable jusqu’au : Oui / NonValable jusqu’au : Oui / NonDurée : |

**Activités proposées :**

**- Promenade**: 🞏 lundi après-midi **- Cours APAP :** 🞏

**- Ateliers équilibre (commune) :**  **- Autre (à préciser) :** ………………………………….

………………………………………

Nom de votre médecin traitant : ………………………………………………………………………..

Commune : …………………………………………………..🖁……………………………………......

Cette inscription vous permet de bénéficier des activités proposées par la Maison Sport-Santé du SIVOM Val de Banquière dans le cadre du programme Sport-Santé Senior SIVOM (Marche Nordique, promenade, atelier équilibre, programmes ponctuels et évènements. Si vous souffrez d’une maladie chronique ou d’une pathologie ayant une incidence sur la pratique de l’activité physique, merci d’en informer les éducateurs sportifs. Ils vous accueilleront lors d’un entretien individuel confidentiel gratuit, afin d’adapter au mieux votre pratique.

Dans le cadre du suivi individualisé, nous autorisez-vous à transmettre vos bilans de forme à votre médecin ?

❒ Oui ❒ Non

Je soussigné(e) Mme ou M. ……………………………………………………………………….reconnais :

L’exactitude des renseignements et documents fournis et m’engage à signaler, immédiatement, tout changement de situation, **notamment en cas de problème médical** (en cas d’arrêt pour raison médicale, vous devrez fournir un certificat de reprise à votre retour.) Cochez 🞏

Avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités liées à cette inscription. Cochez 🞏

Avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données et être d’accord avec les finalités d’utilisation de celles-ci. Cochez 🞏

**Date : ………………………………. Signature :**

Mentions légales :

Les informations recueillies dans ce dossier d’inscription et lors des entretiens individuels personnalisés font l’objet d’un traitement informatique (le SIVOM VAL DE BANQUIERE est le responsable de ce traitement), auquel vous consentez. Ce traitement est destiné à :

* Proposer un accompagnement individuel adapté par le service des Sports du SIVOM VAL DE BANQUIERE
* Les données collectées (état civil, coordonnées, certificat médical et attestation d’assurance » peuvent être utilisées par les services du SIVOM Val de Banquière, les associations, CCAS et communes partenaires
* Les données de santé et de forme seront confidentielles, consultables seulement par les éducateurs sportifs référents et les responsables du service

Les traitements sont basés sur le consentement (art 6-1-A du RGPD).

Les données collectées :

* + Etat civil, coordonnée téléphonique, mail, adresse postale.
	+ Personnes à contacter en cas d’urgence : nom, prénom, coordonnées
	+ Attestation médicale avec contre-indication / Renseignements médicaux
	+ Informations et autorisations diverses

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, et la mise en place du RGPD du 25 mai 2018, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données, exercer vos droits ou poser toutes vos questions sur leurs traitements dans ce dispositif, en vous adressant par voie postale au Délégué à la Protection des Données – SIVOM VAL DE BANQUIERE – 21 boulevard du 8 mai 1945 06730 SAINT ANDRE DE LA ROCHE, ou par mail *dpo@sictiam.fr*

* + Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer aux traitements des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.
	+ Vos données sont conservées pendant la durée légale de conservation.
	+ Depuis l’entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager à le droit :
	+ De s’opposer au profilage,
	+ De demander la limitation du traitement,
	+ De demander l’effacement de leurs données,
	+ D’introduire une réclamation auprès d’une autorité de contrôle si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « informatique et Libertés » ne sont pas respectés (En France : CNIL : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cédex 07 – Tel : 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr)