

**ADHERENT 2025/2026 REC DANSE**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
email : .....@.....

**RESPONSABLES (Si l'élève est mineur)**

Père : .....  
Téléphone : .....  
email : .....@.....

Mère : .....  
Téléphone : .....  
email : .....@.....

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si l'élève est majeur)**

NOM Prénom : .....  
Lien de parenté : .....  
Téléphone : .....

**AUTORISATION DE TRANSPORT ET DE SOINS**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame  
.....  
Autorisons le transport par les services compétents au CHU de Poitiers ou l'établissement de soins le plus approprié ainsi que toute opération chirurgicale, anesthésie, photographie, investigations ou soins jugés nécessaires pour notre fils/fille  
.....

**PARTICULARITES A NOUS SIGNALER**

(physique, scolaire, sanitaire, médicaux, familiaux...)  
.....  
.....  
.....

**AUTORISATION DE PUBLICATION ET DROIT**

**A L'IMAGE**

Je soussigné(e) Mme/M.....  
Représentant légal de.....

AUTORISE / REFUSE (Rayer la mention inutile)

Que l'Association REC utilise, à titre gracieux, l'image de mon enfant résultant de photographie(s) ou de film(s) pris lors des événements et manifestations de l'Association à des fins de communication.

**REGLEMENT INTERIEUR et RGPD :**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet de l'Association et l'accepte.

<https://recdanse.wixsite.com/monsite>

« En remplissant ce formulaire j'accepte que l'Association mémorise et utilise mes données personnelles afin de communiquer occasionnellement avec moi si elle le juge nécessaire afin de m'apporter des informations complémentaires. Afin de protéger la confidentialité de mes données personnelles, l'Association s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager mes données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à sa politique de protection des données »

A ..... le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » de l'adhérent ou des parents ou du responsable légal pour les mineurs

**DOCUMENTS A FOURNIR :**

- Le présent document daté et signé
- Certificat médical
- Le règlement de la cotisation (chèque, espèces, virement)  
Code Banque : 19406 - Code guichet : 00042  
Numéro de compte : 42000084111 - Clé RIB : 45  
IBAN : FR76 19406 00042 42000084111 45  
Code BIC - Code SWIFT : AGRIFRPP894

Inscription au cours : _____		
FACTURE :	oui	non
PAJE :	oui	non