

## SAISON 2021/2022

NOM	PRÉNOM	Date de naissance*	Activité	Jour Heure	Professeur	Montant de l'activité	Montant après Réduction	Sous total
1								
N°	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>							

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : .....

Téléphone (portable) : \_\_\_\_\_

(domicile) : \_\_\_\_\_

(MERCI D'ECRIRE VOTRE MAIL EN LETTRES CAPITALES POUR UNE MEILLEURE COMPREHENSION)

Courriel : .....@.....

N° d'urgence : .....

NOM	PRÉNOM	Date de naissance*	Activité	Jour Heure	Professeur	Montant de l'activité	Montant après Réduction	Sous total
2								
N°	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>							
3								
N°	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>							
4								
N°	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>							
5						GRATUITÉ **		
N°	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>							
<b>Réservé au service</b>							<b>TOTAL</b>	

N° d'adhérent :

Quotient familial :

Règlement en espèces

N° du reçu : \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_

Règlement en CB

N° du reçu : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_

Règlement par chèque

Banque : \_\_\_\_\_

Titulaire du chèque : \_\_\_\_\_

Règlement par prélèvement

Nombre de prélèvement(s) : \_\_\_\_\_

### CONDITIONS GÉNÉRALES

\* Obligatoire pour tarifs réduits

\*\* Sur l'activité la moins onéreuse.

Règlement intérieur remis en annexe

Signature

Date : \_\_/\_\_/\_\_

## POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Je prends connaissance des clauses ci-dessous et les accepte explicitement en cochant les cases correspondantes :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier. Vous disposez également d'un droit d'opposition ou de limitation que vous pouvez exercer en contactant le correspondant à la protection des données personnelles à l'adresse : [desprats.ola@orange.fr](mailto:desprats.ola@orange.fr) . En dernier recours, vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL.

- En cochant cette case, je consens à ce que mes données soient enregistrées dans un fichier informatisé dans le cadre des activités de l'OLA.  
Elles seront conservées pendant la durée nécessaire à leur traitement sauf acceptation d'une utilisation ultérieure à des fins de communication.
- En cochant cette case j'accepte que mes données soient utilisées par OLA à des fins de communication ultérieure. Mes données seront conservées jusqu'à opposition de ma part et au maximum pendant 3 ans.

Fait à St Ouen l'Aumône le,

Précédée de la mention « **lu et approuvé** »  
Signature

---

### FICHE D'AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

**Père**  **Mère**  **Représentant légal**

Autorise en cas d'urgence médicale, le responsable de l'**OLA** à faire appel à un médecin ou à faire transporter les membres mineurs nommés au recto à l'hôpital de Pontoise pour pratiquer les soins d'urgence :

**OUI**  **NON**

Nom médecin traitant : ..... tél : .....

Observations médicales : .....

Fait à St Ouen l'Aumône le,

Précédée de la mention « **lu et approuvé** »  
Signature

---

### FICHE D'AUTORISATION « DROIT À L'IMAGE » VILLE DE ST OUEN L'AUMÔNE

J'autorise OLA à prendre des photos et vidéo de ma personne et des membres mineurs nommés au recto.

Dans le cadre de manifestations liées à la commune.  OUI  NON

De ce fait, je m'engage à ne faire aucune restriction et à ne demander aucune contrepartie à OLA. Je donne l'autorisation à OLA d'utiliser ces images dans le respect des personnes pour toute diffusion sur tout support jugé utile par la ville (journal municipal, guide annuel, plaquettes site internet.....)

Fait à St Ouen l'Aumône le,

Précédée de la mention « **lu et approuvé** »  
Signature