

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MINEUR

L'élève :

Nom
Prénom
Date de naissance
Adresse
.....
Code postal
Ville

Responsable 1 :

Nom
Prénom
Adresse
.....
Code postal
Ville
Téléphone
Mail

Responsable 2 :

Nom
Prénom
Adresse
.....
Code postal
Ville
Téléphone
Mail

☐ J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à quitter seul les locaux de l'école de musique à l'issus de ses cours. A compter de ce moment, je décharge l'association et les professeurs de toute responsabilité.

☐ Je n'autorise pas mon enfant de plus de 6 ans à quitter seul les locaux de l'école de musique à l'issus de ses cours. A compter de ce moment, je décharge l'association et les professeurs de toute responsabilité.

Personne autorisée à venir chercher l'élève :

Nom

Prénom

Téléphone

Nom

Prénom

Téléphone

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom

Prénom

Téléphone

Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il des allergies ?

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....

L'enfant présente-t-il des problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ? (Possibilité de nous fournir les informations sous pli cacheté)

.....
.....
.....
.....

Avez-vous d'autres éléments à nous signaler ?

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs ...

.....
.....
.....
.....

☐ J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé du mineur (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...).

Droit à l'image :

☐ J'accepte que les photos, prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de la participation de mon enfant aux cours et aux manifestations organisées par l'APEM ou ses partenaires, soient stockées sur les supports informatiques de l'association tant que celle-ci existe. J'accepte également qu'elles soient publiées et diffusées à la radio, télévision, dans la presse écrite locale et nationale, dans les livres, sur la page Facebook, Instagram, LinkedIn ou sur le site internet de l'association, par des moyens photomécaniques sans avoir le droit à une compensation.

☐ Je refuse que les photos, prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de la participation de mon enfant aux cours et aux manifestations organisées par l'APEM ou ses partenaires, soient stockées sur les supports informatiques de l'association tant que celle-ci existe. Je refuse également qu'elles soient publiées et diffusées à la radio, télévision, dans la presse écrite locale et nationale, dans les livres, sur la page Facebook, Instagram, LinkedIn ou sur le site internet de l'association, par des moyens photomécaniques sans avoir le droit à une compensation.

☐ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

En application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données collectées par le présent formulaire ont pour finalité de partager les informations strictement nécessaires à une éventuelle prise en charge sanitaire de l'enfant mineur dans le cadre d'une activité exercée au sein de l'APEM. Seule la présidente de l'association, la directrice pédagogique, la secrétaire salariée et le/les professeurs encadrant l'activité de l'enfant sont habilités à en connaître. Ces données sont conservées pendant la durée de l'année scolaire correspondante à l'inscription de l'enfant mineur. Tout droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de limitation doit s'effectuer par mail à l'adresse secretariat@apembne.fr

Date

Signature