

VOTRE ENGAGEMENT pour l'enfant : nom prénom né(e) le/...../.....

Responsable Légal Mr/Mme Adresse CP Ville Tél Mail

1- **Je m'engage à produire tous les documents** indispensables au séjour. Notamment :

- La fiche de **Renseignements Médicaux**
- La copie des **Vaccins DTP**
- L'attestation de **Droits à l'Assurance Maladie** (ou CMU) couvrant l'enfant si j'en suis titulaire.
- L'Attestation d'Aisance Aquatique** pour les séjours comportant au moins une séance de sport nautique ou en eau vive

OBLIGATOIRE pour tout mineur

pour le BEST OF 10-13 / CLOSLANTA / CRIN BLANC / PÊCHE / SPECIAL BEST OF ADOS

Cette attestation est délivrée en piscine par un enseignant diplômé (BNSSA au moins)

2- **Je suis prêt(e)** à rembourser à l'association C.L.O.S. Nature, l'intégralité des frais avancés pour mon compte à l'occasion de soins médicaux, pharmaceutiques, réparation/remplacement de matériel mis à disposition.

3- **J'accepte** que C.L.O.S. Nature utilise les photographies et/ou vidéos prises pendant les activités sportives ou la vie quotidienne sur tous supports. Dans le cas contraire, j'informe l'association par courrier de mon refus.

4- **Je certifie** avoir pris connaissance et accepter les **Conditions Générales d'Inscription et d'Assurance** en les renvoyant **SIGNÉES**

5- **J'autorise** mon enfant à être pris en charge pour les transports internes assurés par C.L.O.S. Nature pour l'accès aux activités chez les partenaires prestataires d'activités sportives.

6- **J'accepte** toute décision de départ de l'enfant pour maladie, accident ou problème de comportement et m'engage à le récupérer ou à le faire récupérer par

Mr/Mme
Téléphone

7- **J'autorise** l'enfant à participer aux activités sportives du thème choisi (y compris les activités moto et/ou quad). **Cependant, l'activité est déconseillée pour des raisons de santé.**

8- **J'autorise OUI / NON** (rayer la mention inutile) **en cas d'urgence, la direction du centre de vacances à prendre toutes les dispositions utiles concernant les traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.**

9- **J'autorise** C.L.O.S. Nature à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion. Conformément au RGPD, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations qui me concernent, que je peux exercer en m'adressant à C.L.O.S. Nature. Le destinataire de ces informations est le service de gestion des séjours et toute l'équipe d'encadrement.

Fait à

Le/...../.....

Par Mr/Mme

Père/mère/tuteur/responsable désigné (rayer la mention inutile)

Signature