

Cadre réservé à l'administration

Enregistré le :

BULLETIN D'ADHÉSION AUX ACTIVITÉS ET MANIFESTATIONS DU CCAS POUR LES ADMINISTRÉS DE 65 ANS ET +

Je soussigné(e),

Nom d'usage : Prénom :

Domicilié(e)
.....

Date de naissance..... / /

N° de téléphone portable : e-mail :

☐ Demande à être inscrit(e) au fichier des administrés de 65 ans et plus du CCAS de Tignes, pour accéder aux activités et manifestations organisées par le CCAS.

☐ Accepte que le montant de l'adhésion soit de 10€ pour une année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) ; en cas d'adhésion en cours d'année, celle-ci sera du même montant et prendra fin au 31 décembre de l'année en cours.

Merci de joindre à ce formulaire :

- ☐ Un justificatif de domicile de moins de trois mois
- ☐ Une copie de votre pièce d'identité
- ☐ La somme de 10€ en espèce ou par chèque à l'ordre du CCAS de Tignes
- ☐ L'autorisation de diffusion d'image complétée et signée
- ☐ Le certificat médical complété et signé du médecin
- ☐ La décharge de responsabilité complétée et signée

Le : A,

Signature :

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e), , autorise le CCAS de Tignes à diffuser les photographies/vidéos me représentant prises lors des différents événements festifs selon les modes de diffusion suivants :

- ☐ Site internet
- ☐ Bulletin municipal

Cette autorisation est consentie pour une durée de 2 ans tacitement renouvelable.

J'ai été informé(e) que les images ne seront pas utilisées dans un but commercial et reconnais que les utilisations ci-dessus énoncées ne portent pas atteinte à ma vie privée et ne me portent pas préjudice.

Le : A,

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par le CCAS de Tignes. Ces données sont exclusivement destinées aux services internes et ne sont pas conservées au-delà des délais réglementaires en vigueur.

Conformément à la législation relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, d'un droit d'opposition et d'un droit de rectification de vos données. Vous bénéficiez dans certains cas, d'un droit de suppression, de limitation du traitement et d'un droit à la portabilité de vos données.

*Vous pouvez exercer vos droits par courriel à l'adresse ccas@tignes.net ou par courrier, CCAS – montée du Rosset à Tignes (73320).
Pour plus d'informations sur la gestion de vos données, notre politique de confidentialité est disponible sur simple demande.*

**CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE
DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES POUR LE PRATIQUE**

Je soussigné(e), Docteur
certifie avoir examiné ce jour :
Né(e) le

et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des activités physiques et sportives en général (**pratiques douces adaptées à un public de plus de 65 ans**) telles que *activités aquatiques, activités de randonnées, sophrologie, yoga, escalade, activités de plein air*.

☐ à l'exclusion des sports suivants (cochez si besoin et précisez) :

La durée de validité de ce certificat est de (cochez la case) :

☐ 1 an, à compter de la date où il a été établi (pour les personnes de plus de 65 ans) pour tous les sports ou activités physiques exceptées celles mentionnées ci-dessus.

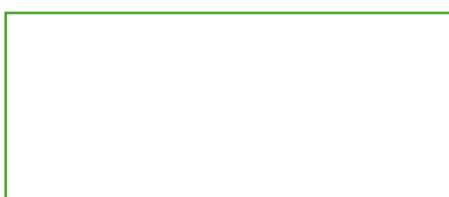
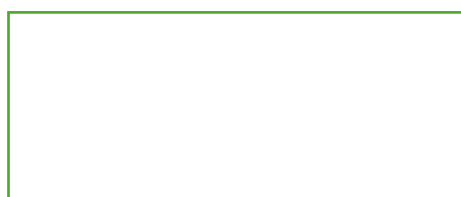
☐ mois, à compter de la date où il a été établi (si le patient présente une fragilité de santé nécessitant une nouvelle visite médicale dans moins d'un an)

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en mains propres à l'intéressé.

Date :

Cachet du médecin

Signature du médecin



DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ POUR ACCIDENTS OU AUTRES ÉVÈNEMENTS

Je soussigné CCAS de Tignes, Etablissement public domicilié 316 Montée du Lô Nanssil à Tignes (73320) dont le siège est situé à la mairie de Tignes, 238 Boucle du Rosset représenté par son Président, Serge REVIAL.

Déclare se décharger de toutes responsabilités concernant les allergies alimentaires ou autres, les blessures, les dommages matériels et/ou corporels occasionnés ou subis, en cas de vol ou de perte de bien ainsi que pour toute autre dégradation lors des activités organisées par le CCAS de Tignes.

Mr Le Président,

Serge REVIAL

- ☐ Je certifie avoir pris connaissance de la décharge ci-dessus et m'engage à la respecter.
- ☐ Je certifie que je suis assuré(e) au titre de ma responsabilité civile vis-à-vis des tiers et des dommages corporels et incorporels que je pourrais leur causer au cours de l'activité.

Il est de ma seule responsabilité de veiller à mes biens et aux biens d'autrui pendant l'activité. Je ne pourrai pas tenir les organisateurs pour responsables en cas de perte, vol, ou casse du matériel.

A, le / /

Signature, précédant la mention "lu et approuvé"