



Annexe 13 : Fiche d'inscription participant(e) majeur(e)

Je soussigné(e), Madame /Monsieur

Demeurant

Code postal

Ville

Téléphone

-

-

-

-

Email :

Souhaite participer aux activités de l'Atelier Pêche Nature
organisées par la FDAAPPMA/AAPPMA :

Nom et prénom de la personne à contacter en cas d'urgence¹ :

N° de portable à joindre en cas d'urgence¹ : - - - -

- J'attire l'attention de l'animateur sur le fait que ☐ **je sais nager** ☐ **ne sais pas nager**
J'assume la responsabilité de participer tout de même aux activités dans le cas où je ne sais pas nager.
- J'attire l'attention des animateurs sur le fait que je présente une allergie ou un problème de santé nécessitant des
précautions particulières ☐ **OUI** ☐ **NON**
Si « oui », joindre une note précisant la nature, les précautions et la conduite à tenir.
- J'ai connaissance qu'en cas d'accident, l'animateur ou le représentant de l'APN contactera les secours habilités à
prendre toutes décisions d'intervention médicale ou chirurgicale si mon état présente un caractère d'urgence.
- J'ai pris connaissance des règles de l'Atelier Pêche Nature et dégage la responsabilité des organisateurs et des
animateurs au cas où je ne les respecterais pas.
- Je m'engage à respecter les horaires d'activités et les lieux de rendez-vous fixés par l'APN. La responsabilité de l'APN
n'est engagée qu'à partir du moment où l'animation commence et jusqu'à la fin de celle-ci.
- Je m'engage à disposer de l'équipement adéquat à la pratique de la pêche et aux conditions climatiques (vêtements
de pluie, bottes, casquette, crème solaire, eau...).
- J'accepte d'être transporté pour les besoins de l'animation par un véhicule de l'association ou de l'animateur de l'APN
☐ **OUI** ☐ **NON**

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOS ET VIDEOS

J'autorise dans le cadre de la promotion du loisir, à publier sans limitation dans le temps et sur tous supports
d'information ou de promotion de la pêche, réseaux sociaux et sites de partages inclus, les photos et/ou vidéos
prises lors des animations sur lesquelles je peux figurer ☐ **OUI** ☐ **NON**

**Joindre à la présente fiche une copie de l'attestation d'assurance type « responsabilité civile » et un certificat
médical d'aptitude.**

À _____, le _____

Signature

(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

¹obligatoire

RGPD : Les données collectées sont traitées à des fins de gestion administrative dans le cadre de l'organisation des APN et conservées en base active pour une durée de 1 ans. Ces informations peuvent être communiquées à l'assurance si besoin dans le cadre de contrôles périodiques ou pour la gestion d'éventuels sinistres. Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, du règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, les salariés, partenaires, participants et bénévoles bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données ou encore de limitation du traitement. Pour ce faire contactez le responsable légal de l'APN : (adresses mail + postale)