

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'ADHÉSION

IDENTITÉ :

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

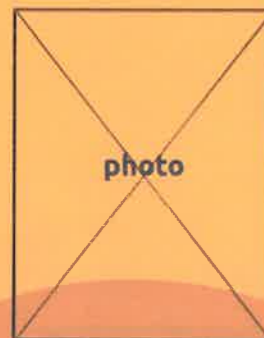
Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Profession (facultatif) : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Portable : _____

Email : _____



CONTACT D'URGENCE

Personne à prévenir en cas d'urgence (Prénom NOM) : _____

Téléphone : _____

PERMIS (MERCİ DE JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS)

Sans permis AM A B C D E

Véhiculé

VÊTEMENTS ET TENUES

Taille Polo : XS S M L XL 2XL 3XL 4XL

Taille Pantalon : 34 36 38 40 42 44 46 48 50

Taille Softshell : XS S M L XL 2XL 3XL 4XL



FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e),

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail :

autorise l'UNASS, ses associations affiliées et toute personne agissant pour leur compte à me photographier ou me filmer dans le cadre des différents événements ou activités qu'elles organisent. J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'UNASS et de ses associations affiliées, notamment sur leur site internet et les réseaux sociaux, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'UNASS. En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'UNASS ou de ses associations affiliées qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité. En contrepartie l'UNASS et ses associations affiliées s'engagent à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à, le Signature :

Autorisation par le parent/représentant légal d'un(e) mineur(e).

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom.

Nom du parent/représentant légal :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail :

Fait à, le Signature

SOUHAIT POUR CETTE ANNÉE :

SUIVRE UNE FORMATION : Oui / Non
 Si oui : PSC PSE1 PSE2 BNSSA SST PAEF PSC PAEF PSE PAEF PS PAEF FF Monitorat SST

SUIVRE UNE FORMATION CONTINUE OU RECYCLAGE : Oui / Non
 Si oui : PSE1 PSE2 BNSSA SST PAEF PSC PAEF PSE PAEF PS PAEF FF Monitorat SST

ENSEIGNER LE SECOURISME : Oui / Non
 L'INCENDIE : Oui / Non
 Si oui : PSC PSE1 PSE2 BNSSA SST PAEF PSC PAEF PS PAEF FF Monitorat SST

PARTICIPER À DES POSTES DE SECOURS (DPS) : Oui / Non

DIPLOMES DE SECOURISME, INCENDIE, PÉDAGOGIE

(MERCİ DE JOINDRE UNE COPIE DES DIPLOMES ET ATTESTATIONS DE FORMATIONS CONTINUES) :

Cochez votre dernier diplôme	Date de la dernière formation continue	Cochez votre dernier diplôme	Date de la dernière formation continue
<input type="checkbox"/> PSC(1) / <input type="checkbox"/> AFPS / <input type="checkbox"/> BNPS / <input type="checkbox"/> BNS		<input type="checkbox"/> PSC(1) / <input type="checkbox"/> AFPS / <input type="checkbox"/> BNPS / <input type="checkbox"/> BNS	
<input type="checkbox"/> PSE1 / <input type="checkbox"/> AFPSAM		<input type="checkbox"/> PSE1 / <input type="checkbox"/> AFPSAM	
<input type="checkbox"/> PSE2 / <input type="checkbox"/> CFAPSE / <input type="checkbox"/> Ranimation		<input type="checkbox"/> PSE2 / <input type="checkbox"/> CFAPSE / <input type="checkbox"/> Ranimation	
<input type="checkbox"/> SST		<input type="checkbox"/> SST	
<input type="checkbox"/> BNSSA		<input type="checkbox"/> BNSSA	
<input type="checkbox"/> CFAPSR (Secours Routier)		<input type="checkbox"/> CFAPSR (Secours Routier)	
<input type="checkbox"/> FI SPP / <input type="checkbox"/> FI SPV		<input type="checkbox"/> FI SPP / <input type="checkbox"/> FI SPV	
<input type="checkbox"/> FAE : _____		<input type="checkbox"/> FAE : _____	
<input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Autre : _____	
		<input type="checkbox"/> COFOR	
		<input type="checkbox"/> ACCPRO / <input type="checkbox"/> FORACC	
		<input type="checkbox"/> Formateur incendie	
		<input type="checkbox"/> Monitorat SST	
		<input type="checkbox"/> PAE FF / BNIS (Instructeur) / PAE 2	
		<input type="checkbox"/> PAEF PS / PAE 1	
		<input type="checkbox"/> PAEF PSC / PAE3	
		<input type="checkbox"/> BNMP5 (Monteur Premiers Secours)	
		<input type="checkbox"/> PIC F	
Date de la dernière formation continue	Cochez votre dernier diplôme	Date de la dernière formation continue	Cochez votre dernier diplôme

CONSENTEMENT AU RECUEIL DES DONNÉES PERSONNELLES ET

Les données que nous collectons avec votre accord sont destinées à la communication avec vous et la gestion de votre demande. Elles ne font l'objet d'aucune cession à des tiers. Vous disposez d'un droit de modification en envoyant un mail à rgpd@unass.fr

Je soussigné(e) (Prénom NOM) _____
 Demande mon adhésion à l'Union Nationale des Associations de secouristes et sauveteurs Pas-de-Calais indiquée ci-dessus.
 Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'assurance prise par l'UNASS Nationale. Je consens au recueil de mes données personnelles dans le but de la gestion et du traitement de mon adhésion et de mes activités associatives.

Je m'engage à répondre à tout appel à caractère urgent dans les meilleurs délais si j'en ai la possibilité.
 J'autorise l'UNASS Pas-de-Calais à utiliser mon numéro de téléphone portable pour l'envoi de SMS :

Oui / Non

J'autorise l'UNASS Pas-de-Calais à utiliser mon adresse électronique pour l'envoi d'email :

J'autorise l'UNASS Pas-de-Calais à utiliser mes numéros de téléphones pour communiquer oralement :

Fait à _____, le _____ / _____ / _____

Signature du demandeur, Mention « lu et approuvé » et Prénom NOM	Signature du représentant légal pour les mineurs, Mention « lu et approuvé » et Prénom NOM (Père, Mère ou Tuteur)	Signature du président ou du secrétaire pour validation avec Prénom NOM (Fonction)
--	---	--