



Fiche d'adhésion du 01/09/25 au 31/08/26

SORTIES-SPECTACLES

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Bâtiment : Escalier : App. n° :

Code postal : Ville :

Tél. Mobile : Tél. Domicile :

E-mail :

Coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence (nom + mobile) :
.....

- Déclare adhérer à l'A.C.A.L. SECTION SORTIES-SPECTACLES

☐ Et verse ce jour la cotisation de : **32** Euros (uniquement par chèque) *

☐ J'ai déjà versé ma cotisation dans la section : *

* Cocher la case correspondante

Veuillez indiquer votre lieu de rendez-vous avec le car :

☐ Gare de Deuil-Montmagny

☐ Eglise

☐ Poste

☐ Tourelles

☐ La Barre

☐ Galathée

COVOITURAGE :

Dans le cadre de leurs activités, les sections de l'association ont recours au covoiturage pour le déplacement des adhérents.

J'atteste sur l'honneur : ♦ Posséder un permis de conduire valide,
♦ Que mon véhicule est bien assuré au titre de la responsabilité civile.

ASSURANCE :

Pendant les activités, l'adhérent est couvert en responsabilité civile par l'assurance de l'ACAL mais non en individuel accident. Il convient à l'adhérent de vérifier auprès de son assureur sa couverture individuel accident pour les activités proposées.

DROIT A L'IMAGE :

Des photos sont prises au cours de nos activités et sont diffusées sur différents supports (internet, journal, expositions lors de manifestations...)

J'accepte d'être pris(e) en photo et que celles-ci soient diffusées :

oui

☐

non

☐

J'accepte que mon enfant soit pris en photo et que celles-ci soient diffusées (si vous êtes concerné(e) :

oui

☐

non

☐

REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD) :

☐ J' autorise l'ACAL à conserver les données personnelles fournies dans ses fichiers pour la saison en cours. L'ACAL s'engage à n'utiliser ces données que pour son fonctionnement propre et à ne pas les divulguer à des tiers.

Fait à :

Date :

Signature :

LES CONSIGNES SANITAIRES EN VIGUEUR SERONT RESPECTÉES

V1_20250730