BULLETIN DE PARTICIPATION ATELIER NUTRITION BEBE

Je soussigné Mme ou M.*.....
demeurant *.....
téléphone* :..... email*.....

reconnais avoir pris connaissance du règlement de l'animation, proposée par NAIS'SENS & PARENTS le …./…./…., et déclare m'être assuré auparavant auprès de mon médecin qu'aucune contre-indication médicale ne m'interdit d'effectuer les efforts concernés par cette animation.

L'association NAIS'SENS & PARENTS ne pourra en aucun cas être reconnue responsable en cas d'accident d'un enfant lors d'un atelier ou au domicile parental suite à la participation à un atelier. En effet, l'atelier est une sensibilisation et une découverte à la communication enrichie par les signes par une professionnelle formée et vous apporte des connaissances de base. Nous vous invitons vivement à mettre en pratique ces connaissances rapidement à la maison et si besoin à vous faire accompagner pour aller plus loin si besoin.

Je reconnais prendre connaissance des clauses d'assurance suivantes :

NAIS'SENS & PARENTS a souscrit un contrat d'assurance garantissant les conséquences de la responsabilité civile pouvant lui incomber en sa qualité d'organisateur.

Ce contrat d'assurance ne couvrant que les dommages engageant la propre responsabilité de NAIS'SENS & PARENTS, les participants doivent être personnellement assurés pour les dommages qu'ils sont susceptibles d'occasionner à des tiers.

De plus nous vous rappelons qu'une assurance individuelle contre les accidents corporels est vivement conseillée pour la pratique de toute activité comportant un risque corporel, mais devra être souscrite à titre personnel auprès de leur propre assureur par les participants.

Fait à MEYTHET, le …./…./…. en deux exemplaires

Signature du participant

*Vos données personnelles font l'objet d'un traitement informatique destiné à NAIS'SENS & PARENTS. Conformément à la loi informatique et libertés du 6/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données vous concernant en adressant un email à contact@naissanceetparents.fr.

J'accepte que mon enfant et moi-même soyons filmés et photographiés durant les ateliers Signe Avec Moi OUI □ NON □

Je suis informé(e) que des photos de l'animation sont susceptibles d'être prises lors de l'animation. Dans une telle hypothèse de prise de photos au titre de l'animation et d'une réponse affirmative, le participant autorise expressément NAIS'SENS & PARENTS et la MJC de Meythet à conserver, divulguer, publier, diffuser ou exploiter les prises de vue réalisées à l'occasion de l'animation. Ces prises de vue pourront être utilisées pour la promotion et l'illustration de l'animation, ou d'autres évènements de ce type et plus généralement des activités de NAIS'SENS & PARENTS et de la MJC de Meythet, dans leur intégralité ou par extrait, telles quelles ou modifiées pendant une durée de 5 années à compter de la date de l'animation. Le participant donne notamment l'autorisation à NAIS'SENS & PARENTS et de la MJC de Meythet d'exploiter, reproduire, représenter et adapter les prises de vue sur lesquelles le participant serait reconnaissable, pour toute utilisation telle que définie ci-dessus, dans le cadre de toutes opérations que NAIS'SENS & PARENTS décidera de réaliser (notamment à des fins promotionnelles et publicitaires), sous toute forme, pour l'ensemble de l'Europe, excepté dans le cas d'une diffusion sur les réseaux on-line pour laquelle la cession est mondiale.

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES D'INFECTION PAR

LE COVID-19

Je soussigné(e), Mme/M.
Né(e) le
À
Demeurant

déclare sur l'honneur, n'avoir présenté, au cours des dernières 48 heures, aucun des symptômes suivants

- de la fièvre ou des frissons,
- une toux ou une augmentation de ma toux habituelle,
- une fatigue inhabituelle,
- un essoufflement inhabituel quand je parle ou je fais un petit effort,
- des douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles,
- des maux de tête inexpliqués,
- une perte de goût ou d'odorat,
- des diarrhées inhabituelles.

Fait à

Le
à h

Signature

Nais'sens & Parents