

### Formation de Prévention et de Secours Civiques de niveau 1

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NOM et PRENOM du représentant légal :

ADRESSE :

TELEPHONE :

MAIL :

#### **Mineur**

Je soussigné(é) Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ autorise mon fils ou ma fille \_\_\_\_\_ à suivre la Formation PSC1 du jeudi 22 octobre 2020 de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00 à la Salle Michelet de Houilles, 3 rue Gambetta.

J'atteste que mon enfant est assuré, à titre personnel, pour cette activité.

J'atteste que mon enfant s'engage à participer à l'ensemble de la formation. En cas de désistement sans justificatif (certificat médical, déménagement...) j'accepte qu'un titre de recette soit alors émis à mon encontre en dédommagement des frais engagés par la ville, soit 60 Euros.

Fait à Houilles, le \_\_\_\_\_

Signature

#### **Majeur**

Je soussigné(é) \_\_\_\_\_ m'engage à participer à la Formation PSC1 du jeudi 22 octobre 2020 de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00 à la Salle Michelet de Houilles, 3 rue Gambetta.

J'atteste être assuré(é), à titre personnel, pour cette activité.

J'atteste m'engager à participer à l'ensemble de la formation. En cas de désistement sans justificatif (certificat médical, déménagement...) j'accepte qu'un titre de recette soit alors émis à mon encontre en dédommagement des frais engagés par la ville, soit 60 Euros.

Fait à Houilles, le \_\_\_\_\_

Signature

#### **Merci de joindre :**

**Une attestation d'assurance**

**Un justificatif de domicile**

**Un relevé d'identité bancaire**

Nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles collectées dans le cadre de ce contrat est le Maire de la Ville de Houilles, dont le siège social se situe au 16 rue Gambetta, CS 80330, 78800 Houilles. Vos données personnelles sont recueillies pour vous transmettre les informations relatives suite au PSC1 auquel vous avez participé et vous proposer de participer aux ateliers de l'année en cours. Elles sont collectées sur la base de votre consentement, que vous pouvez retirer à tout moment. Elles sont conservées pendant un an. Ces informations sont à l'usage exclusif des services la Mairie de Houilles. Le recueil de ces données est facultatif. Conformément à la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et d'effacement de vos données. Vous disposez également du droit de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre mort. Pour exercer ces droits, veuillez-vous adresser à : [rapd@ville-houilles.fr](mailto:rapd@ville-houilles.fr) ou envoyer un courrier à RGPD, Mairie de Houilles, Hôtel de Ville, 13 rue Gambetta, BP 120, 78805 Houilles Cedex. Une copie d'un titre d'identité sera à joindre à la demande. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

## Formation de Prévention et de Secours Civiques de niveau 1

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NOM et PRENOM du représentant légal :

ADRESSE :

TELEPHONE :

Je soussigné(é) Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ autorise  
mon fils ou ma fille \_\_\_\_\_ à quitter la formation avant 17h dans  
l'hypothèse où celle-ci se termine plus tôt.

Fait à Houilles, le \_\_\_\_\_

Signature