

Fiche d'inscription aux activités FAMILLES/ADULTES (juillet 2019/juin 2020)

L'inscription aux activités proposées par le centre social implique l'acceptation du règlement intérieur.

Les données inscrites sur cette fiche seront utilisées exclusivement par le centre social Croix Mercier et ne seront pas divulguées.

	<i>Participant 1</i>	<i>Participant 2**</i>	<i>Participant 3</i>	<i>Participant 4</i>
Nom	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	.....	.....	.....	.....
Adresse postale Code postal Ville	..... ..... .....		
Coordonnées téléphoniques	Fixe :			
	Portable 1 :		Portable 2 :	
E-mail (j'accepte de recevoir les informations du centre social)@.....			
Autorisation diffusion photographies/vidéos*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*Utilisation pour publications (Site internet de l'association et tout support d'information relatif à la promotion des activités, etc.)

Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> Salarié : Profession :	<input type="checkbox"/> Salarié : Profession :	<input type="checkbox"/> Salarié : Profession :	<input type="checkbox"/> Salarié : Profession :
	Employeur :	Employeur :	Employeur :	Employeur :
	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi
	<input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Étudiant
	<input type="checkbox"/> Allocataire RSA	<input type="checkbox"/> Allocataire RSA	<input type="checkbox"/> Allocataire RSA	<input type="checkbox"/> Allocataire RSA
	<input type="checkbox"/> Alloc. handicapé	<input type="checkbox"/> Alloc. handicapé	<input type="checkbox"/> Alloc. handicapé	<input type="checkbox"/> Alloc. handicapé
	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :
Régime allocataire :	N° allocataire : CAF : Département :			
Quotient familial	N° sécurité sociale pour allocataires MSA :			
	Autre :			
Assurance	.....(fournir une attestation CAF ou un avis d'imposition)			
	Assurance :			
	N° contrat responsabilité civile :			

** Si baby gym assistante maternelle/enfant, merci d'indiquer les coordonnées de l'assistante maternelle :

Assistante maternelle	Nom :	Prénom :	Tél :
	Mail :		

Adhésion FAMILIALE (d'un montant de 15,00 € valable pour tous les membres de la même famille)	
De sept. 2018 à aout 2019	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Adhérent à : <input type="checkbox"/> Edith Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD
De sept. 2019 à aout 2020	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Adhérent à : <input type="checkbox"/> Edith Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD
Adhésion INDIVIDUELLE (d'un montant de 11,00 € valable pour une personne seule)	
De sept. 2018 à aout 2019	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Adhérent à : <input type="checkbox"/> Edith Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD
De sept. 2019 à aout 2020	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Adhérent à : <input type="checkbox"/> Edith Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD

Date :/...../..... Signature :

**DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL
POUR UNE ACTIVITE SPORTIVE PRATIQUEE**

1. Je suis en bonne condition physique et je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour
2. Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité
3. Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscrits et suis conscient des risques que j'encoure
4. En outre, le(s) parent(s) ou les tuteur(s) légal (aux) des participants mineurs accepte(nt) de communiquer aux dits participants les avertissements et les conditions mentionnées ci-dessus, ainsi que leurs conséquences, et consent (ent) à la participation des dits mineurs. J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits importants. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

Nom, prénom, adresse :

.....
.....
.....
.....

Date :

Signature de l'adhérent :

Nom, prénom du mineur participant :

.....
.....

Date :

Signature du représentant légal :

AUTORISATION PARENTALE POUR LA PARTICIPATION DE MINEURS AUX ACTIVITES LTP

Je soussigné(e) Nom, Prénom :

représentant légal de l'enfant

Né(e) le / / à

Résidant à

Autorise ce mineur à participer à l'activité :

Autorise les responsables de l'association à prendre toutes les décisions pour des soins, pour une hospitalisation, pour une intervention chirurgicale en cas de nécessité constaté par un médecin.

Nous vous rappelons que la structure n'est en aucun cas responsable des enfants mineurs en dehors des heures d'activités.

Fait à :

Le : / /

Signature du représentant légal :