

Fiche d'inscription aux activités FAMILLES/ADULTES (juillet 2020/juin 2021)

Votre 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.

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4
Nom	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	.....	.....	.....	.....
Adresse postale	.....		
Code postal	.....		
Ville	.....		
Coordonnées téléphoniques	Fixe :			
	Portable 1 :		Portable 2 :	
E-mail (réception de la facture obligatoire par mail)@.....	@.....	
	<input type="checkbox"/> j'accepte de recevoir 1f/mois infos du centre social		<input type="checkbox"/> j'accepte de recevoir 1f/mois infos 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 relative à la promotion des activités, etc.)

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

* 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. 2019 à aout 2020	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Adhérent à un centre social d'Alençon :
De sept. 2020 à aout 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Adhérent à un centre social d'Alençon :
Adhésion INDIVIDUELLE (d'un montant de 11,00 € valable pour une personne seule)	
De sept. 2019 à aout 2019	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Adhérent à un centre social d'Alençon :
De sept. 2020 à aout 2021	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Adhérent à un centre social d'Alençon :

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

Décharge en cas d'absence de certificat médical pour une activité sportive pratiquée

1. Je suis en bonne condition physique et que 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'inscris 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 et adresse de l'adulte participant :

.....
.....

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

Signature de l'adhérent :

Nom, prénom et adresse du mineur participant :

.....
.....

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

Signature du représentant légal :

Autorisation parentale pour la participation de mineurs aux activités LTP

Je soussigné(e) :

Résidant à :

Né(e) le :/...../.....

Représentant légal de l'enfant :

Né(e) le :/...../.....

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 constatée 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 :