

Adh adulte: 16€
Adh -20 ans: 10€
Adh famille: 20€
Adh solidarité: 10€

Activité (s):

NOM: _____ **Prénom:** _____ **Date de naiss:** _____

Adresse: _____

Tel: _____ **e.mail:** _____

Si ADH famille: *Enfant(s): NOM: Prénom: Né(e) le: Activité(s):*

J'habite à:

<input type="checkbox"/> 1- Berlioz	<input type="checkbox"/> 6- Trespoey - Le Buisson	<input type="checkbox"/> A- Agglomération Paloise
<input type="checkbox"/> 2- Ousse-des-bois	<input type="checkbox"/> 7- Lartigue/Hippodrome - Lilas - Universt - St Joseph/Fouchet	<input type="checkbox"/> H- Hors Agglomération Paloise
<input type="checkbox"/> 3- Saragosse	<input type="checkbox"/> 8- Haute Plante/Trianon - Basse Plante/Etigny - XIV Juillet - Rives du Gave	
<input type="checkbox"/> 4- Pouguet/hopital - Copernic - Hameau	<input type="checkbox"/> 9- Foirail - Triangle/Les Anglais/Centre Ville	
<input type="checkbox"/> 5- Peyroulet - Allées de Morlaas - Péboué - Indusnord / Stade du Hameau		

* **Un certificat médical d'aptitude est obligatoire pour les activités sportives :** *Gym douce, Activités montagne, Yoga et Danses sous toutes ses formes.*

* **Remboursement :** La cotisation est un engagement pour l'année et vaut pour **30 semaines d'activités minimum.** Seuls les désistements liés à une cause médicale grave ou un déménagement feront l'objet d'un remboursement définitif pour la saison (**sauf l'adhésion**).

* **Au regard du nombre de participants aux activités, la M.J.C. se réserve le droit d'annuler une activité au cours de la saison.**
Dans ce cas, vous aurez la possibilité de vous orienter vers une autre activité ou de vous faire rembourser au prorata du temps effectué.

J'accepte ...

- d'être pris(e) en photo lors des ateliers que je pratique et j'autorise la M.J.C. F. BERLIOZ à les utiliser dans tous documents de communication pour la promotion de ses actions (site internet, page Facebook, journaux)	<table border="1"> <tr> <th>oui</th> <th>non</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	oui	non	<input type="checkbox"/>					
oui		non							
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
- que la MJC BERLIOZ utilise et conserve ces informations pour des raisons administratives									
- de recevoir par e-mail la lettre d'information hebdomadaire des actualités de la M.J.C. BERLIOZ									

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ma personne ou du mineur dont je suis responsable.

Personne à prévenir en cas d'accident :	
NOM Prénom	_____
Parenté	_____
N° tél	_____

Signature : _____