

Code Adhérent :

--	--	--	--	--	--	--	--

NOM		Prénom		Date adhésion :
Adresse				
Nationalité (Pays) :		Code postal :		
Adresse e-mail :				VILLE :
SOURCES	1- Berlioz	7- Lartigue/Hippodrome - Lilas - Universt - St Joseph/Fouchet		
	2- Ousse-des-bois	8- Haute Plante/Trianon - Basse Plante/Etigny - XIV Juillet - Rives du Gave		
	3- Saragosse	9- Foirail - Triangle/Les Anglais		
	4- Pouquet/hopital - Copernic - Hameau	A- Agglomération Paloise		
	5- Peyroulet - Allées de Morlaas - Péboué - Indusnord / Stade du Hameau	H- Hors Agglomération Paloise		
	6- Trespoey - Le Buisson			
				N° tél portable
				N° tél fixe
				N° tél travail

TYPES D'ADHERENT	1 Agriculteur	Profession intermédiaires 4	7 Au Foyer	FAMILLES	1- Ateliers Collectifs	4- Jardins de Fred
	2 Artisan Commerçant Entrepreneur	Employé 5	8 En recherche d'emploi		2- Activités MJC	5- A.L.S.H. / C.L.A.S.
	3 Cadre	Ouvrier 6	9 Retraité		3- Acti. Hébergées	6- Groupe Famille

SCOLARITE ETUDES	A Maternelle ... B Primaire	Informations complémentaires pour les adhérent(e)s des FAMILLES 5 & 6 :			
	C Collège	Mère	Père	N° allocataire CAF / MSA :	
	D Lycée	oui non Tuteur/Tutrice			
	E Etudiant ... F Apprentissage	Régime Général Sécurité Sociale Si non, lequel ...			
	Représentant Légal enfant mineur		Je bénéficie de l'Aide Temps Libre CAF & je fournis une photocopie du document !		
Nom		Je fournis l'attestation d'assurance "Responsabilité civile" (OBLIGATOIRE)			
Prénom		J'accepte que mon enfant quitte seul(e) l'activité.			
N° Tél Portable		J'accepte que mon enfant soit pri(se) en photo lors des ateliers qu'il(elle) pratique et j'autorise la MJC à les utiliser dans tous documents de communication pour la promotion de ses actions (site internet, page Facebook, journaux, etc).			
N° Tél Fixe		oui non Je certifie que les vaccinations de mon enfant sont à jour et je joint une photocopie des vaccinations ...			
Nom Etablissement		J'autorise les animateur(trice)s à prendre les mesures nécessaires, afin de garantir le bon état de santé de mon enfant (hospitalisation ...)			
Classe					
Certificat médical délivré le :		Allergie éventuelle	Difficultés de santé		
Certificat COVID délivré le :		Maladie	Médicaments		

* Un certificat médical d'aptitude est obligatoire pour les activités sportives : Gym douce, Capoeira, 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	oui non	PHOTO
- que la M.J.C. Foyer BERLIOZ utilise et conserve ces informations pour des raisons administratives		
- que ces informations soient utilisées à des fins de communication interne sur les activités de la M.J.C. F. BERLIOZ		
- de recevoir par e-mail la lettre d'information hebdomadaire des actualités de la M.J.C. F. 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 :
