

**BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE**

D'après la loi « Informatique et Liberté » N°78-17 du 16 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ce questionnaire

Date d'Inscription : / / Renouvellement Nouveau Quotient familial : N° Carte :**Information concernant l'adhérent**Nom / Prénom : Sexe : M F

Date de naissance : / / Profession / situation de l'adhérent :

Adresse :

Représentants légaux (*obligatoire pour les adhérents mineurs*)

Téléphone : Portable :

E-mail (en Majuscule) :

Téléphone : Portable :

E-mail (en Majuscule) :

Activités

1. 2.

3. 4.

Autorisation de l'adhérent ou du représentant légal (*pour les adhérents mineurs*)**L'Adhérent ou le représentant légal de l'adhérent, l'autorise à adhérer et pratiquer les activités de la MJC et déclare :**

- Autoriser la MJC à utiliser les images et les séquences sonores réalisées pendant les activités ou spectacles, pour la diffusion et la publication (*spectacle fin d'année*) Oui Non
- Autoriser la MJC à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas d'accident Oui Non
- Autoriser la MJC à laisser l'adhérent partir seul après son activité Oui Non
- Avoir pris connaissance du règlement de la MJC Oui Non

 Cotisation : Toute année commencée est due. La cotisation est annuelle (année scolaire). Elle est payable en totalité le jour de l'inscription avec la possibilité de régler par chèque en plusieurs fois. Aucun remboursement sur les cotisations ne sera effectué en cours d'année (*sauf cas de force majeure (cf. règlement MJC)*). **Parents attention** ! La route aux abords de la MJC est dangereuse. La MJC, décline toute responsabilité en dehors de ses locaux. Assurez-vous de la présence de l'animateur avant de laisser votre enfant.

A, le/...../.....

Signature (*précédée de la mention « Lu et approuvé »*)**Cadre réservé à l'administration**



FICHE SANITAIRE

Information concernant l'adhérent

Nom / Prénom :

Date de naissance : / /

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom Prénom : Téléphone :

Nom Prénom : Téléphone :

Nom de votre médecin traitant (Facultatif) :

Téléphone :

Renseignements médicaux :

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, chimique, asthme, autre...) :

.....

.....

- Si oui préciser la cause de l'allergie et le protocole à tenir :

.....

.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, opérations, trouble du comportement, trouble dys,...), en précisant les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

Ce que vous souhaitez nous signaler, port de lunettes, prothèse auditives.....)

.....

.....

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la MJC à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas d'accident.

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

Signature :