



- 7,00 € (du 01/09/19 au 31/08/20)
- Carte familiale (nom du payeur)

ÉTAT CIVIL

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Date de naissance :

Téléphone : N° d'urgence :

E-mail :

Ets Scolaire/employeur :

A cocher obligatoirement

 J'autorise Je n'autorise pas

la MJC à me photographier et à utiliser ces photos, prises dans le cadre d'une activité, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.

SANTÉ

- Je suis apte à la pratique de toutes les activités : OUI – NON
- Certaines activités me sont déconseillées (contre-indications, traitement médical...) : OUI – NON

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- Quelle est votre caisse d'assurance maladie ?

CPAM

MSA

FONCTIONNAIRE

AUTRES

- Quelle est votre numéro d'allocataire ?

Attribué dès lors qu'une demande d'allocation est sollicitée auprès de la CAF) :

La MJC décline toute responsabilité en cas de perte, de vol, ou de détérioration de bien(s) appartenants aux adhérent·e·s.

En cas de changement de situation en cours d'année (déménagement...), le signaler aux responsables de la MJC.

Je déclare avoir pris connaissance des clauses d'inscriptions.

Signature

Fait à : _____, le : _____