 **FICHE FAMILIALE 2020/2021 Adhésion famille 10 €**

**logo**

  **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE QUI PRATIQUE L’ACTIVITE**

**Nom** …………………………………………….…...**Prénom** …………………….…..…………………… **Sexe : □** F □ M **Droit à l’image\*** □

**Date et lieu de naissance :**………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Adresse**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**🕿** **Portable** ……/…../……/…../…… **Travail** …../…../……/…../…….**Courriel\*\***………………………………………………………………

Autres membres de la famille : conjoint, enfants.

**N**om Prénom ………..………………………**Né(e) le** …….…………à ………………………………… **Sexe :□** F □ M **Droit à l’image\***  □  **N**om Prénom ………..………………………**Né(e) le** …….…………à ………………………………… **Sexe :□** F □ M **Droit à l’image\***  □  **N**om Prénom ………..………………………**Né(e) le** …….…………à ………………………………… **Sexe :□** F □ M **Droit à l’image\***  □  **N**om Prénom ………..………………………**Né(e) le** …….…………à ………………………………… **Sexe :□** F □ M **Droit à l’image\***  □  **N**om Prénom ………..………………………**Né(e) le** …….…………à ………………………………… **Sexe :□** F □ M **Droit à l’image\***  □

**N**om Prénom ………..………………………**Né(e) le** …….…………à ………………………………… **Sexe :□** F □ M **Droit à l’image\***  □

*\** Autorise Couleurs des Liens à utiliser les images captées dans le cadre des activités à des fins de promotion et de communication pour la MJC Centre Social.

\*\* En fournissant mon adresse mail, j’accepte de recevoir les informations concernant les actions et projets mises en place par Couleurs des liens,

et je reconnais avoir pris connaissance de la politique de confidentialité (traitement et utilisation des données) affiché dans nos locaux et sur notre site internet

**Si besoin** N° d’allocataire CAF ……………………………. Quotient familial (ou avis d’imposition)………………………………………….

**Renseignements concernant le responsablelégal utilisé à des fins statistiques dans le cadre de notre conventionnement Centre Social avec la CAF**

Nationalité *:* □ *Française* □ *Autre, précisez…………………………………………………………………………………………………..*

Situation professionnelle : □ salarié(e) □ recherche d’emploi □ sans activité □ retraité(e)

Ressources : □ RSA □ AAH □ ASS □ ASPA □ Autre, précisez

***Signature de l’adhérent ou signature du représentant légal*** (si pas renseigné dans la personne qui pratique)

Nom et Prénom du responsable légal :………………………………Date et Lieu de naissance :…………………………………………………

**Réservé à l’accueil**

*Date d’entrée : …../……/………*

N° de carte

ACTIVITES ou ATELIERS

N° Reçu………………………………..

1 :...…………………………TARIF ..............

Jour : ......................Heure :.................

2 :...…………………………TARIF ..............

Jour : ......................Heure :.................

3 :...……………………..…TARIF ...............

Jour : .......................Heure :...............

5 :...……………………….…

 Mode de Paiement :

Chèque :………………Espèce :……………..

ANCV :………………. CSport :……………….

Certificat médical □

Questionnaire de sante □