

ADULTE

Nom : _____ Prénom: _____ Age : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu : _____

Situation familiale: Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage)

Situation professionnelle: Salarié(e) Chômage RSA Retraite Profession libérale

Profession ou complément d'information : _____

Adresse : _____

Code postal

Ville

Tél portable: _____ Tél fixe: _____ Tél pro: _____

E-mail: _____

Activités pratiqués au centre : _____



ADULTE (Habitant à la même adresse)

Nom : _____ Prénom: _____ Age : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu : _____

Situation familiale: Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Concubinage)

Situation professionnelle: Salarié(e) Chômage RSA Retraite Profession libérale

Profession ou complément d'information : _____

N°CAF (si différent): _____

Tél portable: _____ Tél fixe: _____ Tél pro: _____

E-mail: _____

Activités pratiqués au centre : _____



Les informations recueillis sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association et conservées 2 ans. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6/01/79 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, veuillez vous adresser au secrétariat.

ACCEPTÉ sans contrepartie le stockage, la reproduction et la diffusion des photographies et enregistrements audiovisuels, pour une communication au public sur internet ou sur tous supports, y compris par voie d'édition et de produits multimédias, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés.

Adhésion depayée le Fait à le Signature

ENFANT (Habitant à la même adresse)

Nom : _____ Prénom: _____ Age : _____

Date de naissance: ____/____/____ Sexe : F G

Nom du représentant légal: _____

Classe : _____ Nom de l'école: _____ Non scolarisé:

Activités pratiqués au centre : _____



ENFANT (Habitant à la même adresse)

Nom : _____ Prénom: _____ Age : _____

Date de naissance: ____/____/____ Sexe : F G

Nom du représentant légal: _____

Classe : _____ Nom de l'école: _____ Non scolarisé:

Activités pratiqués au centre : _____



ENFANT (Habitant à la même adresse)

Nom : _____ Prénom: _____ Age : _____

Date de naissance: ____/____/____ Sexe : F G

Nom du représentant légal: _____

Classe : _____ Nom de l'école: _____ Non scolarisé:

Activités pratiqués au centre : _____



ENFANT (Habitant à la même adresse)

Nom : _____ Prénom: _____ Age : _____

Date de naissance: ____/____/____ Sexe : F G

Nom du représentant légal: _____

Classe : _____ Nom de l'école: _____ Non scolarisé:

Activités pratiqués au centre : _____

