

Bulletin d'adhésion individuelle -18ANS 2023-2024 – MJC Luchon



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 :/...../.....

Quotient familial : (Pour les mineurs)

N° carte :

Renouvellement

Nouvelle adhésion

ADHERENT

Nom / Prénom	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance	Situation/ Profession
Numéro de téléphone		E-Mail

INFORMATION OBLIGATOIRE POUR L'ADHERENT MINEUR

REPRESENTANT LEGAL 1 (=contact principal)	REPRESENTANT LEGAL 2
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Détient l'autorisation parentale ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom /Prénom : Téléphone	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Détient l'autorisation parentale ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom /Prénom : Téléphone
E-mail (En majuscule)	E-mail (En majuscule)
Adresse postale	Adresse postale

Autres personnes à prévenir (Famille d'accueil, membre de la famille, ...)

Nom/Prénom	Téléphone / E-mail (en majuscule)	Lien

ADHESION / COTISATION AUX ACTIVITES

TARIF

ADHESION -18ANS 2023/2024 - Obligatoire

L'adhésion est valable du 1 septembre 2023 au 31 Août 2024

12 €

ACTIVITE 1 : Merci d'inscrire le nom de l'activité, le jour et l'heure de pratique

ACTIVITE 2 : Merci d'inscrire le nom de l'activité, le jour et l'heure de pratique

TOTAL

Mode paiement : Espèce | Chèque | ANCV (+2.5% de frais)

Paiement en plusieurs fois : 2 fois | 3 fois | 4 fois | 5 fois | 6 fois | 7 fois | 8 fois | 9 fois

Encaissement : Début de mois | Fin de mois

Echéances	N° chèque	Echéances	N° chèque	Echéances	N° chèque
Octobre 23		Novembre 23		Décembre 23	
Janvier 24		Février 24		Mars 24	
Avril 24		Mai 24		Juin 24	

Merci de préparer les chèques : Ordre du chèque - MJC Luchon

Au recto mettre le nom du pratiquant, le mois d'encaissement et de remplir le tableau ci-dessus.



AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

A remplir par les adhérents majeurs ou par le représentant légal de l'adhérent mineur

NOM /Prénom :

L'Adhérent (ou le représentant légal de l'adhérent mineur),

- Accepte d'adhérer et pratiquer les activités de la MJC Oui Non
- Autorise la MJC à utiliser les images, vidéos et les séquences sonores réalisées pendant les activités ou les spectacles, pour la diffusion et la publication, pour un usage interne, presse locale, réseaux sociaux ou site internet. Oui Non
- Autorise la MJC à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas d'accident Oui Non
- A pris connaissance du règlement de la MJC Oui Non
- Accepte de recevoir la newsletter de la MJC (sur la ou les adresses inscrites au verso) Oui Non
- Accepte de recevoir des informations des différents partenaires Oui Non
- Accepte d'être sollicité pour aider ponctuellement la MJC (événement) Oui Non
- Autorise la MJC à laisser l'adhérent mineur à partir seul après son activité Oui Non

Si vous cochez « Non » vous vous engagez à récupérer A L'HEURE l'adhérent mineur sans quoi la responsabilité de la MJC ne pourra être engagée après l'heure de fin de l'activité.

- J'ai compris que : Oui Non
J'ai l'obligation de m'assurer de la présence de l'animateur avant de laisser l'adhérent mineur.

La cotisation est annuelle (année scolaire), que toute année commencée est due et payable en totalité le jour de l'inscription (possibilité de régler par chèque en plusieurs fois) et qu'aucun remboursement sur les cotisations ne sera effectué en cours d'année (sauf cas de force majeure - cf. règlement MJC)

La MJC peut être amenée à modifier les lieux, heures et jours des activités et se réserve le droit d'annuler certaines d'entre elles par manque de participants ou cas de force majeure.

Pour l'inscription d'un jeune mineur merci de remplir la **fiche sanitaire de liaison** avec la **copie des vaccins à jour**.

A,
le/...../.....
Signature (précédée de la mention « *Lu et approuvé* »)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/ /.....	

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom / Prénom : Téléphone :

Lien avec l'adhérent :

Nom / Prénom : Téléphone :

Lien avec l'adhérent :

Nom / Prénom : Téléphone :

Lien avec l'adhérent :

MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : Nom : Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

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

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

Traitement Médical : **oui** non

**Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments
Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance**

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

.....
.....

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE

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 :