

| CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION (MJC) | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| DOSSIER : <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet | VALIDE, le/..../..... | N° DE CARTE (2017-2018) : ----- | ANCIEN ADHT <input type="checkbox"/> |
| ACTIVITE : ----- | JOUR : ----- | HORAIRE ----- | |

| | | |
|---|-----------|---------------------|
|  | 2018-2019 | FICHE D'INSCRIPTION |
|---|-----------|---------------------|

| ADHERENT | | | | |
|----------|---------------------------------|---|---------------------|--|
| [PHOTO] | NOM : | | Prénom : | |
| | ADRESSE : | | | |
| | CP : | | VILLE : | |
| | Quartier : | <input type="checkbox"/> Alagniers <input type="checkbox"/> Velette <input type="checkbox"/> Semailles <input type="checkbox"/> Mont Blanc <input type="checkbox"/> Ravel <input type="checkbox"/> Michelet <input type="checkbox"/> Les Brosses <input type="checkbox"/> Crepieux <input type="checkbox"/> La Roue <input type="checkbox"/> Loup Pendu <input type="checkbox"/> Vancia <input type="checkbox"/> Rillieux-Village Hors Rillieux = <input type="checkbox"/> SATHONAY CAMP <input type="checkbox"/> SATHONAY VILLAGE <input type="checkbox"/> GRAND LYON | | |
| | TEL FIXE : | | PORTABLE : | |
| | EMAIL (<i>en majuscule</i>) : | | | |
| | SEXE : | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | DATE DE NAISSANCE : | |

| POUR UN ADHERENT MINEUR : RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT / TUTEUR | |
|--|----------------|
| <i>(Merci d'écrire en majuscule)</i> | |
| Lien de parenté avec l'enfant : | |
| NOM : | PRENOM : |
| ADRESSE (si différente de celle du mineur) : CODE POSTAL : | |
| VILLE : | |
| EMAIL : | |

| L'INSCRIPTION SERA EFFECTIVE UNIQUEMENT POUR LES DOSSIERS COMPLETS | |
|---|--|
| Pour valider mon inscription, je m'engage à fournir l'ensemble des informations demandées dans ce formulaire (recto / verso) et à fournir les pièces suivantes : | |
| <input type="checkbox"/> Règlement de la totalité de la cotisation ainsi que l'adhésion <input type="checkbox"/> Photo d'identité <input type="checkbox"/> Certificat médical (pour activités corporelles) <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance scolaire ou périscolaire <input type="checkbox"/> Justificatif de quotient familial <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile pour les Rilliards → (sauf si votre adresse apparait déjà sur un document fourni, exemple : l'assurance scolaire ou document de la Caf). | |

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| ADHESION | <input type="checkbox"/> 10€/ Jeunes (-16ans) | <input type="checkbox"/> 15€/Adulte | <input type="checkbox"/> 25€ : Famille |
| ADHESION HORS RILLIARDS | <input type="checkbox"/> 15€/ Jeunes (-16ans) | <input type="checkbox"/> 20€/Adulte | <input type="checkbox"/> 35€ : Famille |
| COTISATION | Quotient Familial: _____ | | Montant _____ € |

Mode de règlement : Espèces Chèque Chèque Vacances Coupon Culture

10/...../..... → Montant : _____ €

10/...../..... → Montant : _____ €

10/...../..... → Montant : _____ €

ATTENTION !

L'inscription a une activité est obligatoirement annuelle quelque soit la date d'inscription.
N'hésitez pas à participer à un cours d'essai gratuit. Aucun remboursement n'est possible sauf cas exceptionnel : mutation en dehors de l'agglomération lyonnaise ou sur présentation d'un justificatif médical.

| CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION (MJC) | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| DOSSIER : <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet | VALIDE, le/..../..... | N° DE CARTE (2017-2018) : ----- | ANCIEN ADHT <input type="checkbox"/> |
| ACTIVITE : ----- | | JOUR : ----- | HORAIRE ----- |

AUTORISATIONS

DROIT D'IMAGE J'autorise la MJC à publier des images ou films réalisés dans un cadre strictement non commercial.

Dans le cadre de ses activités, la MJC Ô Totem peut être amenée à filmer ou photographier les participants aux actions, manifestations et activités. Les images ou films réalisés dans un cadre strictement non commercial, seront utilisés au sein de la MJC ou en information auprès de ses adhérents ou membres.

Ces images ou vidéos sont susceptibles d'être reprises sur nos supports de communication et réseaux sociaux (Facebook et www.mjcrillieux.com).

En cas de refus de votre part, merci de le notifier à la Direction de l'association par courrier postal ou mail.

MEDICAL J'autorise, le directeur ou l'animateur de la MJC, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales), rendues nécessaires par l'état de mon enfant et m'engage à rembourser les frais occasionnés.

L'enfant suit-il actuellement un régime particulier ou un traitement ? Oui / Non

Si oui, le(s)quel (s):

Autres informations pratiques : _____

RAPPEL : Aucun traitement ne sera administré à l'enfant sans ordonnance médicale

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise la personne suivante, à récupérer mon enfant auprès du responsable de l'activité ou de la MJC :

NOM : _____

Prénom : _____

QUALITE : _____

Téléphone : _____

OU :

J'autorise mon enfant, **âgé de plus de 6 ans**, à rentrer seul en signalant son départ auprès du responsable de la MJC ou de l'activité.

NOM :

Prénom :

SIGNATURE : (de l'adhérent ou du représentant légal si Mineur)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|