



# FICHE D'ADHESION - SAISON 2017/2018

## ADHÉRENT(E) N° / \_\_\_\_\_ /

### VOUS DEVEZ ADHÉRENT(E) ? FAISONS CONNAISSANCE !

Mlle  Mme  M. / Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Association / Nom \_\_\_\_\_ Nom du responsable \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / \_\_\_\_\_ / Ville \_\_\_\_\_ Date naissance / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Tél. / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Responsables légaux de l'enfant : Parents  Père  Mère  Tuteur

Mère : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Travail : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Revenu imposable en 2016 : / \_\_\_\_\_ / €

Père : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. portable : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Travail : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Revenu imposable en 2016 : / \_\_\_\_\_ / €

En cas de garde partagée de l'enfant, coordonnées de l'autre parent : Père  Mère

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal / \_\_\_\_\_ / Ville \_\_\_\_\_

Tél. domicile / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

En cas d'accident prévenir

M. ou Mme \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de ci-dessus) : \_\_\_\_\_

Téléphone : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**IMPORTANT :** pour que nous vous tenions informé(e) régulièrement des activités de l'association, vous envoyer votre convocation à l'assemblée générale ou vous prévenir d'une modification de votre activité, il est essentiel de nous avertir de tout changement dans vos coordonnées (postales, téléphoniques et électroniques). Merci.

### QUELLE EST VOTRE OCCUPATION PRINCIPALE ?

Scolaire : classe : \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Adulte :  Etudiant(e)  Sans emploi  Chômeur  Retraité(e)

Salarié(e) ⇒ Profession \_\_\_\_\_

### A QUELLE(S) ACTIVITÉ(S) VOUS INSCRIVEZ-VOUS ?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Si club musique, nom du groupe : \_\_\_\_\_

**Pour toute activité sportive, joindre obligatoirement un certificat médical d'aptitude de moins de 3 mois (éveil corporel ; danses modern'jazz, yoga...)**

### AVEZ-VOUS DU TEMPS À CONSACRER À DES ACTIONS BÉNÉVOLES ?

#### SI OUI, LA/LESQUELLES ?

Accompagnement à la scolarité

Atelier socio linguistique

Animations régulières (ex : clubs)

Administration (ex : mailing...)

Animations ponctuelles (ex : Les Baignoires de l'Ourcq, Gala...)

## DROIT À L'IMAGE

L'APJC est susceptible de prendre des photos/vidéos des activités et manifestations durant la saison qui seront utilisées sur les différents supports de communication de l'association. Si vous apparaissez sur ces supports, acceptez-vous que nous utilisions ces images ?  Oui  Non

## SI L'ADHÉRENT(E) EST MINEUR(E), COMPLÉTER L'AUTORISATION PARENTALE SUIVANTE

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur \_\_\_\_\_ autorise (prénom et nom du mineur) \_\_\_\_\_ à :

- cocher la/les case(s) utile(s) -

- adhérer à l'APJC pour la saison 2017/2018,
- rentrer seul(e) au domicile (adresse mentionnée au recto) à la fin de son activité au sein de l'APJC,
- rentrer seul(e) au domicile (adresse mentionnée au recto) en cas d'annulation de son activité au sein de l'APJC.

J'ai pris connaissance des statuts de l'association et y adhère. Je m'engage à fournir les documents demandés dans le cadre de mon adhésion à l'association avant le 1er novembre 2017. Dans le cas contraire, je ne pourrais plus participer à mon activité.

Date : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Signature du/des parent(s) ou du tuteur

Signature de l'adhérent(e)

## Cadre réservé au secrétariat de l'APJC

### Documents à fournir par l'adhérent(e) – cocher la(les) case(s) utile(s)

- Conditions d'assurance (si activité sportive)
- Certificat médical (si activité sportive)
- Fiche sanitaire (pour les mineurs)
- Livret de famille (pour les mineurs)
- Dernier avis d'imposition

	Activités	Coût	Réduction/ Quotient	A payer
1				
2				
3				
4				
Chèques <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> ANCV <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> TOTAL				

Prise en charge : Pass'port loisirs (CAF)     CE     Montant : \_\_\_\_\_ €  
(joindre photocopie du document)

Echéancier du (des) paiement(s) (non autorisé pour les paiements en espèces) - Indiquer les montants \*:

Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août

\*Sous condition d'acceptation de la direction pour les règlements en plus de trois fois.

Signature validation  
direction