



# FICHE D'INSCRIPTION

N° Adh. : .....

Année : ..... /  Côte  Libération  Marbot  Ville Haute

## ADHÉRENT / USAGER

- **Activité (s)** : .....

### RENSEIGNEMENTS ADHÉRENT / USAGER (Adulte)

- NOM : .....	- Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Prénom : .....	- N° Allocataire : .....
- Date de naissance : ..... / ..... / .....	- Bénéficiaire R.S.A : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Adresse : .....	- En situation de handicap : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Tél. : .....	- Situation Professionnelle :
- Portable : .....	<input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi <input type="checkbox"/> Formation
- Courriel : .....	<input type="checkbox"/> Au foyer <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre : .....
- Situation familiale :	- Nb de pers. À charge : .....
<input type="checkbox"/> Marié(e) / Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Union Libre / Concubinage	- Moyen de transport :
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) / Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Véhicule <input type="checkbox"/> Transport en commun
	<input type="checkbox"/> Autres : .....

## CONJOINT(E)

- **Activité (s)** : .....

### RENSEIGNEMENTS CONJOINT(E) (Adulte)

- NOM : .....	- Bénéficiaire R.S.A : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Prénom : .....	- En situation de handicap : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Date de naissance : ..... / ..... / .....	- Situation Professionnelle :
- Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi <input type="checkbox"/> Formation
- Portable : .....	<input type="checkbox"/> Au foyer <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre : .....
- Courriel : .....	- Nb de pers. À charge : .....
- Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	- Moyen de transport :
- N° Allocataire : .....	<input type="checkbox"/> Véhicule <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Autres : .....

### ENFANT 1

NOM – Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Activité : .....

- Allergies  Oui  Non Précisez : .....

- Régime alimentaire particulier :  Oui  Non Précisez : .....

Observations sur l'état de santé de l'enfant : .....

### ENFANT 2

NOM – Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Activité : .....

- Allergies  Oui  Non Précisez : .....

- Régime alimentaire particulier :  Oui  Non Précisez : .....

Observations sur l'état de santé de l'enfant : .....

### ENFANT 3

NOM – Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Activité : .....

- Allergies  Oui  Non Précisez : .....

- Régime alimentaire particulier :  Oui  Non Précisez : .....

- Observations sur l'état de santé de l'enfant : .....

J'autorise mon/mes enfant(s) : ..... à repartir seul(s) après l'activité.

J'autorise mon/mes enfant(s) : ..... à se déplacer  
à pieds, en voiture ou en bus dans le cadre des activités.

Je soussigné(e), Mme - M. .... autorise les Centres Socioculturels à :

- m'envoyer des informations par e-mail  Oui  Non

- à prendre et à diffuser mon image  Oui  Non

- celle des mes enfants  Oui  Non

sur différents supports de communication (Site Internet : [www.cscbarleduc.centres-sociaux.fr](http://www.cscbarleduc.centres-sociaux.fr), Facebook...)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements énoncés ci-dessus.

Fait à ..... Le ...../...../..... **Signature :**