

BULLETIN D'INSCRIPTION 2021 / 2022¹ (1 par adhérent à remplir en majuscule SVP) A remettre au secrétariat de la MJC :

A remettre au secrétariat de la MJC : Lundi /Mercredi/ Jeudi 14H00-17H00 ou <u>secretariat@mjcveigy.fr</u>

	I	nforn	nations p	erso	nnell	les		
Nom								
Prénom					□ Fi	lle	□ Garç	on
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		/	/ /					
Situation		Sal	arié			Profession libérale		nseignant
Cochez une seule case		Sar	ns emploi			Etudiant / Scolaire	□R	etraité
Adresse								
Code postal / Commune / Pays								
Numéro de téléphone							ı	
(Celui des parents - précisez père ou mère - si l'adhérent est un enf Adresse email (Celle des parents – précisez père ou mère - si l'adhérent est un en								
Inscription à la newsletter (4/an)		ui 🗆	Non 🗆					
Je souhaite aider ponctuellement et bénévolement la MJC	0	ui 🗆	Non 🗆					
Activité(s) choisie(s)								
Activité		1100	Jour / heure					Tarif (€)
Activité					jour /	neure		Tarif (c)
						SOLIS	C.TOTAI	
SOUS-TOTAL TENUE DE DANSE								
FRAIS D'ADHESION								
LICENCE								
ACOMPTE								
						TOTAL A	A PAYER	
Mode de règlement Chèque □ N° et banque émettrice : Carte bancaire □ Espèces □ Virement □								
Date et lieu :			Signatur	• :				
			8					
IMPORTANT: L'inscription n'est validée qu'à remise du dossier d'inscription complet + règlement (si par chèque possibilité d'encaissement en septembre, octobre, novembre pour toute inscription annuelle) + attestations (fiche sanitaire + présentation de la 1ère page de votre avis d'imposition 2018) La MJC se réserve le droit d'annuler une activité et procèdera au remboursement des sommes perçues. Aucun remboursement des activités ne sera effectué (sauf en cas de motif exceptionnel sérieux à l'appréciation de la MJC)								
Numéro d'adhérent :				_				
Date d'enregistrement :								

¹ Les parties grisées sont réservées à la MJC.

Pièces à joindre au dossier d'inscription 2021/2022

1. FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est destinée à être transmise aux professionnels de santé (médecins, pompiers) en cas d'urgence.

M	Médecin traitant :	
No	Nom :	Tél. :
Pei	Personnes à contacter en cas d'urgence :	
	1. Nom : 2. Nom :	Tél. : Tél. :
ficł tou	fiche sanitaire de liaison, m'engage à signale	
	Veigy Foncenex, le /	. /
	Signature du représentant lé	gal, précédée de la mention « Lu et Approuvé » :
	☐ autorise mon hospitalisation d'urgen☐ autorise l'association « Maison de	s Jeunes et de la Culture de Veigy Foncenex » à me
	photographier et me filmer dans le cadre	e des différents événements organisés.
l'as sup	l'association, notamment sur le site interne	mmerciale de mon image dans le cadre de la promotion de et de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque ue ou numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie
tοι		sément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à Maison des Jeunes et de la Culture de Veigy Foncenex » qui 'image de l'adhérent dans le cadre précité.
	☐ J'autorise l'utilisation de mon adresse m	ail pour l'envoi d'informations concernant l'association.
	Veigy Foncenex, le /	. /
	Signature précédée de la me	ntion « Lu et Approuvé » :