



BULLETIN (RE) INSCRIPTION 2019 / 2020¹ (1 par adhérent à remplir en majuscule SVP)

A remettre au secrétariat de la MJC pendant les permanences des mois de Mai, Juin et des deux premières semaines de Septembre 2019 :
Lundi : 14h00 – 19h00 / Mardi : 17h00 – 19h00
Mercredi : 09h00 – 12h00 et 14h00 – 18h00 / Jeudi : 17h00 – 19h00

Informations personnelles

| | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| Nom : | | | |
| Prénom : | | Fille <input type="checkbox"/> | Garçon <input type="checkbox"/> |
| Date de naissance : (jj/mm/aaaa) |/...../..... | | |
| Situation : <i>Cochez une seule case</i> | Actif | <input type="checkbox"/> | |
| | Chômeur / sans profession | <input type="checkbox"/> | |
| | Retraité | <input type="checkbox"/> | |
| | Etudiant / enfant | <input type="checkbox"/> | |
| Bénéficie du coefficient familial <i>Joindre un justificatif de la CAF (obligatoire)</i> | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Si oui, merci d'indiquer le coefficient | |
| Adresse | | | |
| Code postal / Commune / Pays | | | |
| Numéro de téléphone <i>Si l'adhérent est un enfant celui des parents (précisez père ou mère)</i> | | | |
| Adresse email <i>Si l'adhérent est un enfant celui des parents (précisez père ou mère)</i> | | | |

Activité(s) choisie(s)^{2 3}

| Activité | Jour / heure | Tarif (€) |
|----------|--------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|--|-------|------------------------------------|---|
| | | SOUS-TOTAL : | |
| % DE REDUCTION SI APPLICABLE : | | MONTANT DE LA REDUCTION : | - |
| | | FRAIS D'ADHESION : | + |
| | | LICENCE : | + |
| | | ACOMPTE : | - |
| | | TOTAL A PAYER :⁴ | = |
| Mode de règlement | | | |
| Chèque <input type="checkbox"/> N° et banque émettrice..... | | | |
| Carte bancaire <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> | | | |

Autres informations

Je souhaite m'abonner à la newsletter trimestrielle de la MJC
Oui Non

Je souhaite aider la MJC bénévolement et ponctuellement
Oui Non

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Date et Lieu | | Signature | |
|---------------------|--|------------------|--|

¹ Les parties grisées sont réservées à la MJC.

² La MJC se réserve le droit d'annuler une activité et procèdera au remboursement des sommes perçues.

³ Aucun remboursement des activités ne sera effectué si l'adhérent a assisté à 2 cours au moins (sauf cas exceptionnel laissé à la discrétion de la MJC).

⁴ L'inscription n'est validée qu'à remise du dossier complet inscription + fiche de renseignement + règlement (si par chèque possibilité d'encaissement en Septembre 2019).



FICHE DE RENSEIGNEMENTS – ADHERENTS ENFANTS

2019 / 2020

ACTIVITES :

| | |
|---------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Date de naissance : | |

Parents

| | MERE | PERE |
|------------------|------|------|
| Nom et prénom : | | |
| N° de portable : | | |
| Adresse email : | | |

Personnes habilitées à venir récupérer l'enfant

Cochez MERE PERE

Si autres personnes : précisez

| Nom | | Nom | |
|-------------------|--|-------------------|--|
| Prénom : | | Prénom : | |
| Lien de parenté : | | Lien de parenté : | |
| N° de téléphone : | | N° de téléphone : | |

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence si les personnes mentionnées ci-dessus sont injoignables

| Nom | | Nom | |
|-------------------|--|-------------------|--|
| Prénom : | | Prénom : | |
| Lien de parenté : | | Lien de parenté : | |
| N° de téléphone : | | N° de téléphone : | |

Renseignements médicaux
La MJC n'est pas habilitée à donner des médicaments

| | |
|--|--|
| Allergies connues : | |
| Nom et n° de téléphone du médecin traitant : | |
| Si nécessaire, vers quel hôpital souhaitez-vous que votre enfant soit dirigé : | |

Droit à l'image

Pendant l'accueil, les enfants sont susceptibles d'être pris en photo ou filmés. La MJC s'engage à ne jamais diffuser ces photos autrement que dans le cadre de ses activités [site internet et publications (ECHO de Veigy, programme des activités,...)].

Nous soussignés (parents ou responsable légal) :

Autorisons :

N'autorisons pas :

la parution de photos de notre enfant selon les modalités ci-dessus :

Signatures

| | MERE | PERE |
|--------------|------|------|
| Signature | | |
| Date et lieu | | |