

- Nouvelle Inscription  
 Renouvellement

ADHERENT :  Madame  Monsieur

NOM ET PRENOM : ..... Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

Commune : ..... Code postal : \_\_\_\_

Adresse mail \* : ..... Portable\* : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tél. Domicile\* : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Travail : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(\*vivement recommandée et écrit lisiblement ; merci de nous signaler tout changement)

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  PACS  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Profession :  Lycée  Lycée Pro  Etudiant  Ouvrier(e)/Employé(e)  Cadre/Techn.  Commerçant/ Prof libérale

Retraité(e)  Sans Activité.  Autres : .....

Nombre d'enfants à charge : \_\_  A remis un imprimé CAF  Souhaite une attestation de règlement (facture)

**PRATIQUANT 1** NOM : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Maternelle  Primaire  Collège  Lycée  Lycée Pro  Etudiant  Sans Activité  Autres : .....

Nom et Ville établissement Scolaire : .....

Intitulé Activité 1 : ..... Tarif : ..... €

Intitulé Activité 2 : ..... Tarif : ..... €

Intitulé Activité 3 : ..... Tarif : ..... €

FICHE SANITAIRE  CERTIFICAT MEDICAL donné le \_\_/\_\_/\_\_\_\_  VACCINATION

**PRATIQUANT 2** NOM : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Maternelle  Primaire  Collège  Lycée  Lycée Pro  Etudiant  Sans Activité  Autres : .....

Nom et Ville établissement Scolaire : .....

Intitulé Activité 1 : ..... Tarif : ..... €

Intitulé Activité 2 : ..... Tarif : ..... €

Intitulé Activité 3 : ..... Tarif : ..... €

FICHE SANITAIRE  CERTIFICAT MEDICAL donné le \_\_/\_\_/\_\_\_\_  VACCINATION

**PRATIQUANT 3** NOM : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Maternelle  Primaire  Collège  Lycée  Lycée Pro  Etudiant  Sans Activité  Autres : .....

Nom et Ville établissement Scolaire : .....

Intitulé Activité 1 : ..... Tarif : ..... €

Intitulé Activité 2 : ..... Tarif : ..... €

Intitulé Activité 3 : ..... Tarif : ..... €

FICHE SANITAIRE  CERTIFICAT MEDICAL donné le \_\_/\_\_/\_\_\_\_  VACCINATION

**Cadre réservé à l'administration**

**ADHESION** : (10 euros)  Jeunes (+16 ans)  Individuelle ; (40 euros)  Groupe  Association

Paiement : Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  ESP  Autre  CHQ N° : ..... Code Banque : .....

**COTISATION** : (les règlements : **En chèque** sont à encaisser le 5 des 3 premiers mois;

En espèces, vaut pour engagement les dates indiquées ci-dessous)

TOTAL : .....€ ;  (-20%) .....€ = .....€ Paiement :  1 fois  2 fois  3 fois

1 - Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Montant : ..... €  ESP  CHQ N° CHQ : ..... Code banque : .....

2 - Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Montant : ..... €  ESP  CHQ N° CHQ : ..... Code banque : .....

3 - Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Montant : ..... €  ESP  CHQ N° CHQ : ..... Code banque : .....

**Autorisation de droit à l'image Pour accord**

J'autorise la MJC à filmer ou à photographier et à utiliser les images pour la réalisation de supports de communication et de promotion qui pourront être diffusés dans les médias locaux ou sur le site internet de la MJC.

**Date et Signature**

**de l'adhérent majeur ou du responsable :**