



# Fiche de renseignements et d'adhésion

## FAMILLE

Année du.....au.....

Centre socioculturel Varennes sur seine

« Même droits pour tous »

Varennois depuis le :.....

Quotient familial mairie :.....

Nom de l'adhérent :.....	Prénom.....
Date de naissance.....	Profession.....
Tel fixe : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	Tél port : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
<b>Atelier(s)</b> .....	

Nom de l'époux (se).....	Prénom de l'époux (se) .....
Date de naissance .....	Profession: .....
Tel fixe : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	Tél port : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
<b>Atelier(s)</b> .....	

Adresse .....	
Code postal :.....	Ville :.....
Courrier électronique :.....	

### ENFANTS A CHARGE :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ATELIERS

Numéro de mutuelle.....Oui  Non

Numéro de sécurité sociale :

Avez-vous une assurance (responsabilité civile).....Oui  Non

Êtes-vous allocataire de la C.A.F.....Oui  Non

- Allocations familiales.....Oui  Non

- Autres (RSA.....).....Oui  Non

Paiement de l'adhésion effectué le.....espèces  chèque

**AUTORISATION DE SORTIE**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Né (e) le : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Votre enfant est-il autorisé à quitter seul le Centre Socioculturel Saint-Exupéry :

Oui

Non

Si non, indiquez les noms des personnes susceptibles de venir chercher l'enfant :

Nom.....prénom.....

A Varennes sur Seine, le : .....

Signature :

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

(Ceci ne concerne que les enfants non accompagnés)

Je soussigné(e) Mme, M.....

Domicilié(es).....

Responsable de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e)le : .....

Déclare exacts les renseignements donnés sur cette fiche, autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues et autorise le responsable à faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.

Je m'engage à respecter les conditions générales de participation et à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuelle non remboursés par la sécurité sociale.

J'accepte d'être pris(e) en photo dans le cadre des activités du Centre Socioculturel.

Je n'accepte pas d'être pris(e) en photo dans le cadre des activités du Centre Socioculturel

A Varennes sur Seine, le : .....

Signature :