

NOM	PRÉNOM	Date de naissance	GENRE	ACTIVITÉ(S)	Certif médic.	PRIX
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NP	▶ ▶		
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NP	▶ ▶		
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NP	▶ ▶		
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NP	▶ ▶		
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NP	▶ ▶		
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NP	▶ ▶		

<b>ADHÉSION</b>	<input type="checkbox"/> Adulte <b>20€</b>	<input type="checkbox"/> Association ou collectif <b>20€</b>	<input type="checkbox"/> Famille <b>30€</b>
	<input type="checkbox"/> -18 ans, étudiants, bénéficiaires RSA, AAH, Minimum Vieillesse <b>10€</b>		
<b>PASS'SPORT</b>	▶ ▶		
	<b>TOTAL EN EUROS</b>		
	RÉDUCTION		
	<b>TOTAL À PAYER</b>		

**MODE DE PAIEMENT**

Espèces (en 1 fois)       Virement bancaire (en 1 fois)       Chèque(s)  
En  1  2  3 fois.

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Renouvellement       Nouvel adhérent      Date d'inscription

RÈGLEMENT	1er paiement	2ème paiement	3ème paiement
Date			
Type de règlement			
Montant			

Note d'information : Les informations recueillies par la MJC Toulouse Empalot, à partir de ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique destiné au service Secrétariat et Comptabilité, dans la finalité de traiter votre dossier d'adhésion et de facturation. Ces données seront conservées au maximum 3 ans à compter de notre dernier contact. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour cela n'hésitez pas à prendre contact avec nous.



# COORDONNÉES

## RESPONSABLE LÉGAL 1

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

CP ..... VILLE .....  Réside à Empalot

TÉL ..... EMAIL .....

N° ALLOCATAIRE ..... QUOTIENT FAMILIAL .....

## RESPONSABLE LÉGAL 2

NOM ..... PRÉNOM .....

TÉL ..... EMAIL .....

## PERSONNE TIERS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM ..... TÉL .....

## CAS PARTICULIERS À SIGNALER

Allergies, asthme, etc.

J'autorise le personnel de la MJC à capter et fixer mon image et ma voix ou celles de l'adhérent.e mineur.e et j'autorise l'utilisation qui en sera faite par la MJC. OUI NON

**J'autorise la MJC à laisser l'adhérent.e mineur.e partir seul de la MJC à la fin des activités.** OUI NON

**J'autorise l'adhérent.e mineur.e à fréquenter l'espace de vie avant et après son activité (17h-19h).** OUI NON

J'autorise le personnel de la MJC à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident. OUI NON

Je souhaite recevoir la lettre d'info mensuelle de la MJC. OUI NON

Je déclare avoir lu et approuvé le règlement administratif des ateliers et les statuts de la MJC. OUI NON

À .....

SIGNATURE

LE .....