

FICHE D'ADHESION FAMILIALE

ANNEE

- ☐ 2024
☐ 2025
☐ 2026
☐ 2027
☐ 2028

CHQ/ESP

IRIS :

- QF : Janvier
QF : Hiver
QF : Printemps
QF : Eté
QF : Toussaint
QF : Noël

ADULTE 1 :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____ Mail : _____

Date naissance : _____ Profession _____

N° tél. : n° CAF. : _____ Nationalité _____

Situation familiale : ☐ Marié ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf

ADULTE 2 :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____ Mail : _____

Date naissance : _____ Profession _____

N° tél. : n° CAF. : _____ Nationalité _____

Situation familiale : ☐ Marié ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf

☐ J'accepte de recevoir par mail des informations concernant le Centre Social Albert Schweitzer

Autorisation photo : ☐ oui ☐ non

☐ Atteste être titulaire d'une assurance responsabilité civile

Autorisation RGPD (Collecte des données)

☐ j'autorise le Centre Social Albert Schweitzer à traiter les données de ce formulaire afin de créer, modifier mon dossier et gérer mes inscriptions.

Date :

Signature :

Enfants du Foyer ou personnes à charge

① Nom _____ Prénom _____ ☐ Fille ☐ Garçon
Date naissance _____ Ecole _____ Classe _____
► **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** _____
► **ALLERGIE ET CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)** _____
Autorisation de rentrer seul : oui ☐ non ☐ Autorisation photo : oui ☐ non ☐ n° tél du jeune _____

② Nom _____ Prénom _____ ☐ Fille ☐ Garçon
Date naissance _____ Ecole _____ Classe _____
► **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, CRISES CONVULSIVES...) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS PRENDRE** _____
► **ALLERGIE ET CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)** _____
Autorisation de rentrer seul : oui ☐ non ☐ Autorisation photo : oui ☐ non ☐ n° tél du jeune _____

③ Nom _____ Prénom _____ ☐ Fille ☐ Garçon
Date naissance _____ Ecole _____ Classe _____
► **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, CRISES CONVULSIVES...) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS PRENDRE** _____
► **ALLERGIE ET CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)** _____
Autorisation de rentrer seul : oui ☐ non ☐ Autorisation photo : oui ☐ non ☐ n° tél du jeune _____

④ Nom _____ Prénom _____ ☐ Fille ☐ Garçon
Date naissance _____ Ecole _____ Classe _____
► **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, CRISES CONVULSIVES...) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS PRENDRE** _____
► **ALLERGIE ET CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)** _____
Autorisation de rentrer seul : oui ☐ non ☐ Autorisation photo : oui ☐ non ☐ n° tél du jeune _____

Autorisation pour transport de mineur à pied et en minibus

Je soussigné-e Monsieur/Madame

responsable légal-e autorise mon/mes enfant(s) inscrits ci-dessus

à effectuer des trajets à pied ou en minibus lorsque les activités ne se déroulent pas dans les locaux du Centre Socioculturel Albert Schweitzer.

Fait à Miramas, le.....

Signature