FICHE D’INSCRIPTION ATELIER ADULTES

*ANNEE 2024/2025*

Activité pratiquée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jour et horaires :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| NOM |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Mail |  |
| Téléphone fixe |  |
| Téléphone portable |  |
| Profession |  |
| N° de Sécurité Sociale |  |
| Personne à contacter |  |
| Quotient familial |  |

**Documents à fournir :**  L’avis d’imposition 2023 sur le revenu 2022

Je soussigné M / Mme (NOM Prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a)- Certifie exacts les renseignements portés sur le dossier d’inscription.

b)- Autorise :

- Les organisateurs et l’équipe de direction à prendre, en cas d’urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.

- Les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.

c)- M’engage à rembourser le Mixcube les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison de soins prodigués.

d) Autorise / N’autorise pas le Mixcube à prendre et exposer des photos (plaquette, exposition…).

e) Autorise / N’autorise pas être filmer dans le cadre des activités pratiquées.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :