

ADHESION FAMILIALE

Carte n° **F** _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **F / M** **Nationalité :** _____

Adresse : _____

Quartier _____ **Adresse e mail :** _____

Téléphone : _____ **Portable :** _____

Situation Familial : **Marié** **Divorcé** **Célibataire** **Veuf** **Monoparentale**
Union Libre **Pacsé** **Autres :**

Nbre d'enfants à charges : _____

Habitat Social : OUI – NON (barrer la mention inutile)

N° Sécurité Sociale : _____ **N°Allocataire :** _____

Profession du Père : _____ **de la Mère :** _____

AYANTS DROITS

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **F / M** **Nationalité :** _____

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **F / M** **Nationalité :** _____

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **F / M** **Nationalité :** _____

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **F / M** **Nationalité :** _____

Je donne mon accord pour que ma famille soit photographiée ou filmée dans le cadre des activités. Ces images peuvent être exploitées entièrement dans le cadre de la mission d'information et communication sur les activités du Centre Socioculturel Coréal. Je confirme que, quelles que soient l'exploitation faite des dites vidéos et photographies et l'ampleur de leurs diffusions, aucune rémunération ne pourra être exigée auprès du Centre Socioculturel Coréal : OUI NON

POUR LES MOINS DE 18 ANS

Responsable de l'enfant :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse si différente : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant (des enfants) désigné (s) ci-dessus (les) l'autorise à participer aux activités organisées par le **Centre Socioculturel Coréal**.

Je déclare autoriser le responsable du Centre à prendre toute mesure (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendue nécessaire par l'état de (des) l'enfant(s).

J'autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer seul à mon domicile à l'issu des activités : OUI – NON

Je souhaite attirer l'attention sur un (des) problème(s) de santé de mon enfant :

EN CAS D'URGENCE PREVENIR

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fait à Wittenheim le

Signature