



FICHE D'INSCRIPTION 2025

ADULTE

Tranche QF :



Nom – Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Profession :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél : |_|_|_|_|_|

Adresse e mail :@.....

N° allocataire CAF :

N° allocataire MSA :

Situation familiale : célibataire marié séparé divorcé
 concubinage veuf pacsé

Inscription à l'activité

Sorties familles ASL Atelier parents-enfants Adultes (couture...)
Bénévole : oui non Jeunes

Autorisations

Nom et numéro d'une personne à contacter en cas d'urgence :

Problème de santé à signaler et/ou traitement en cours (facultatif)

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état.

Durant les activités, vous êtes susceptible d'être pris en photo pour agrémenter les différents supports médiatiques (presse, blog...) : J'autorise Je refuse

J'accepte que le centre social ait accès à mon dossier sur le site de Caf Pro.

oui non



FICHE D'INSCRIPTION 2025

ADULTE

Tranche QF :



Nom – Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Profession :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Tél : |_|_|_|_|_|

Adresse e mail :@.....

N° allocataire CAF :

N° allocataire MSA :

Situation familiale : célibataire marié séparé divorcé
 concubinage veuf pacsé

Inscription à l'activité

Sorties familles ASL Atelier parents-enfants Adultes (couture...)
Bénévole : oui non Jeunes

Autorisations

Nom et numéro d'une personne à contacter en cas d'urgence :

Problème de santé à signaler et/ou traitement en cours (facultatif)

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état.

Durant les activités, vous êtes susceptible d'être pris en photo pour agrémenter les différents supports médiatiques (presse, blog...) : J'autorise Je refuse

J'accepte que le centre social ait accès à mon dossier sur le site de Caf Pro.

oui non

Adhérents de la Famille

Nom-prénom	Date de naissance

Fait à Saint Martin de Crau, le ____/____/____

Signature

Adhérents de la Famille

Nom-prénom	Date de naissance

Fait à Saint Martin de Crau, le ____/____/____

Signature