

INSCRIPTION AU GROUPE D'ÉCHANGES & PARTAGE

2014/2015

ADHERENTS DE CREIL & SES ENVIRONS

Mme M.

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : /_/_/_/_/_/_/_/

Adresse complète : _____

 : /0/_/_/_/_/_/_/

Courriel : _____@_____  : /0/6/_/_/_/_/_/_/

Vous êtes : en situation de handicap valide

Etes-vous en fauteuil roulant ? Oui Non

Handicap, allergies, soucis de santé, précautions particulières : (à remplir obligatoirement) si rien à signaler, mettre R.A.S. :


EN CAS D'URGENCE PENDANT LES ACTIVITES, VOUS POURREZ JOINDRE :


Attention, il est nécessaire de nous communiquer les coordonnées de personnes joignables :

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : /6/0/_/_/_/ Commune : _____

 : /0/_/_/_/_/_/_/

 : /0/6/_/_/_/_/_/_/

Eventuellement :

JE BENEFICIE D'UN REGIME DE CURATELLE OU DE TUTELLE :


Curatelle : oui non Tutelle : oui non


Si oui, indiquez les coordonnées de la personne responsable ou de l'organisme de tutelle.

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : /6/0/_/_/_/ Commune : _____

 : /0/_/_/_/_/_/_/

 : /0/6/_/_/_/_/_/_/

M. ou Mme _____, tuteur de M. ou Mme _____

l'autorise à participer aux activités proposées par la délégation APF de l'Oise et autorise l'APF à prendre toutes dispositions en cas d'urgence.

JE SOUHAITE PARTICIPER AU GROUPE D'ECHANGES & PARTAGE:

- Mercredi de 14h00 à 17h00** (suivant calendrier annuel) : Groupe d'échanges & partage (jeux de société, sorties,...)
- S'engage à ramener le goûter (café, gâteaux,...)

* L'APF ne demande pas de participation annuelle, mais en contrepartie, vous vous engagez à apporter ce que vous désirez pour le goûter (gâteaux, café, thé, jus de fruits...).

Il se peut que des photographies soient prises lors des différentes activités de loisirs dans le but d'être utilisées pour certaines parutions internes à l'APF ou comme illustrations de nos outils de communications extérieures. Si vous ne souhaitez pas que votre image soit utilisée, merci de bien vouloir le mentionner ci-après :

- J'accepte que mon image soit utilisée.
- Je n'accepte pas que mon image soit utilisée.

Je m'engage à être adhérent(e) à l'APF et à jour de cotisation.

Echéance cotisation : /_/_/ /_/_/ /2/0/1/_/

Signatures :

de l'Adhérent :

du Tuteur :

Fait à : _____

Le : /_/_/ /_/_/ /2/0/1/_/