

INSCRIPTION AUX ACTIVITES DETENTE & LOISIRS

2014/2015

ADHERENTS DE COMPIEGNE & 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 AUX ACTIVITES DETENTE & LOISIRS:

- Lundi de 18h00 à 19h30** (suivant calendrier annuel) : Atelier piscine
- A joint le certificat médical.
- S'engage à payer la participation soit **0,90 €** environ.

- Mardi 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/_/_/