

# ANNÉE 2020-2021



|         |         |
|---------|---------|
| A ..... | F ..... |
|---------|---------|

|                                                                                                   |  |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|
| NOM MARITAL (+ NOM DE JEUNE FILLE) :                                                              |  | Prénom : |  |
| Adresse :                                                                                         |  |          |  |
| Code Postal :                                                                                     |  | Ville :  |  |
| Né(e) le :                                                                                        |  | A :      |  |
| Nationalité :                                                                                     |  | Sexe :   |  |
| Profession :                                                                                      |  |          |  |
| Combien de membres de la famille adhérent au C.S. :          ..... Adultes          ..... Enfants |  |          |  |

|                            |  |                         |  |
|----------------------------|--|-------------------------|--|
| Tél. fixe :                |  | Mobile :                |  |
| Adresse email :            |  |                         |  |
| Numéro d'Allocataire CAF : |  | Quotient Familial CAF : |  |

| PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : |       |
|-----------------------------------------|-------|
| NOM Prénom :                            | Tél : |

| RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE |                     |                          |               |
|----------------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/>   | CPAM Régime Général | <input type="checkbox"/> | Fonctionnaire |
| <input type="checkbox"/>   | MSA                 | <input type="checkbox"/> | CMU           |
| <input type="checkbox"/>   | Autres :            |                          |               |

| STATUT                   |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Etudiant                   |
| <input type="checkbox"/> | Salarié temps plein        |
| <input type="checkbox"/> | Salarié temps partiel      |
| <input type="checkbox"/> | Demandeur d'emploi         |
| <input type="checkbox"/> | Retraité                   |
| <input type="checkbox"/> | Congé Maternité / Parental |
| <input type="checkbox"/> | Autres :                   |

| TYPE D'ALLOCATIONS PERÇUES |                                           |
|----------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>   | ASS (Allocation Spécifique de Solidarité) |
| <input type="checkbox"/>   | Minimum Vieillesse                        |
| <input type="checkbox"/>   | AAH (Allocation Adulte Handicapé)         |
| <input type="checkbox"/>   | RSA                                       |
| <input type="checkbox"/>   | Autres                                    |

Signature

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

# ANNÉE 2020-2021

## ACTIVITÉS AU CENTRE SOCIAL

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Pour les activités sportives, joindre un certificat médical.***

***Date certificat médical :***

|                            | Montant | Espèces | Banque | N° chèque | Échéance |
|----------------------------|---------|---------|--------|-----------|----------|
| Adhésion                   |         |         |        |           |          |
| Licence Ufolep             |         |         |        |           |          |
| 1 <sup>er</sup> trimestre  |         |         |        |           |          |
| 2 <sup>ème</sup> trimestre |         |         |        |           |          |
| 3 <sup>ème</sup> trimestre |         |         |        |           |          |
|                            |         |         |        |           |          |
|                            |         |         |        |           |          |

***Votre budget ne doit pas être un frein pour participer aux animations du Centre Social.***

***Venez en parler avec la conseillère en Économie Sociale Familiale.***

***Etablir des chèques séparés (adhésion/cotisation) et les libeller à l'ordre du Foyer d'Auterive.***

***Des réductions sont accordées sur les cotisations selon le revenu fiscal de référence ou le quotient CAF.***

***Des réductions de 15% sont aussi accordées sur la cotisation à partir :***

- de la 2<sup>ème</sup> activité,***
- de la 2<sup>ème</sup> personne inscrite par foyer.***

***Nos activités sont éligibles au Pass' Sport et Culture du CCAS d'Auterive.***

### OBSERVATIONS

#### **RANDO-PROMENADE :**

Je certifie avoir pris connaissance des consignes de sécurité et que mon véhicule est assuré avec le contrôle technique à jour.