

**FICHE D'ADHESION - 2018 / 2019**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

FEMININ

MASCULIN

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AGE : \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

LOCALITE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE DOMICILE : \_\_\_\_\_

PORTABLE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

DATE DE LA VISITE MEDICALE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MEDECIN : \_\_\_\_\_

QUESTIONNAIRE : oui - non

REGLEMENT EN :  UNE FOIS  DEUX FOIS  TROIS FOIS

**Autorisation de publication de mon image ou celle de mon enfant mineur pendant la réalisation de l'un des projets culturels de l'année 2017/2018**

L'adhérent

ou pour un mineur, son tuteur légal, soussigné(e):

Nom-prénom-qualité : \_\_\_\_\_

Autorise gracieusement et temporairement la publication des images.

N'autorise pas la publication d'images.

FAIT LE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_