BULLETIN D'ADHÉSION

COUR DES MARGUERITES



association loi 1901 • siège : 18, avenue Jean Monnet • 92160 Antony contact@courdesmarguerites.fr • 06 95 27 26 71 • www.courdesmarguerites.fr ■

IVIEMBRE N°	SI LE MEMBRE EST MINEUR
Prénom:	☐ il est autorisé à rentrer seul
Nom:	☐ il n'est pas autorisé à rentrer seul
□ F □ M Date de naissance :	REPRÉSENTANT LÉGAL
Adresse:	Prénom:
	Nom:
Code postal:	agissant en qualité de :
Ville :	Adresse (si différente de celle du membre)
Téléphone prioritaire :	
Téléphone secondaire :	
Mail:	Code postal:
accepte de recevoir à cette adresse la Newsletter	Ville:
de l'association, sinon à l' adresse suivante :	Téléphone prioritaire :
	Téléphone secondaire :
	Mail:
INFORMATIONS MÉDICALES ET AUTRES	PERSONNE À PRÉVENIR PENDANT LES ATELIERS
Médecin traitant:	(si, pour un mineur, différente du représentant légal)
Téléphone:	Prénom:
Allergies, interdits alimentaires, etc.:	Nom:
Allergies, interdits aimentaires, etc.	agissant en qualité de :
	Adresse (si différente)
Compagnie d'assurances:	Code postal:
Numéro du contrat :	Ville:
	Téléphone prioritaire :
	Téléphone secondaire :
Cationting amount of the control of	
Cotisation annuelle (seuls les membres de l'association à	jour de leur collsation peuvent suivre les atellers,
la cotisation annuelle est valable jusqu'au 30 juin 2017) adhérent ($8 \in $) \square actif ($8 \in $) \square	bienfaiteur (72 €) □
	. ,
Réglée: □ en espèce ou □ par chèque (à l'ordre de : COU	IR DES MARGUERITES)
Je, soussigné,	
agissant en tant que représentant légal du membr	re mineur de moins de 16 ans ci-dessus désigné
☐ agissant en mon nom,	te milieur de monis de 10 uns er dessus designe,
C .	
accepte par la présente de décharger l'association Cou	
intervenants) de toutes responsabilités pour tout accide	
ci-dessus désigné lorsqu'il participe aux activités de l'as	
Je certifie avoir pris connaissance du Règlement intérie	
J'accepte que l'image du membre ci-dessus désigné pu de l'association.	uisse être utilisée aux fins d'illustrations des activités
J'autorise l'association à faire pratiquer tous les soins d' l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage	'urgence sur le membre ci-dessus désigné, et je certifie
. s.asa.asa asa ransaignamenta er acasas et mengage	a p.o.o.m rassociation do toute modification

Fait à le : (signature)