



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
4 rue du Palais
Tél : 05 58 90 46 46

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Date inscription :

NOM :
Prénom :
Adresse :
..... N° Tél :
..... N° Mobile :
Date et lieu de Naissance :

MEDECIN TRAITANT : (joindre un certificat médical pour les ateliers corporels, équilibre et piscine)

NOM :
Adresse :
N° Tél : Mobile :

PERSONNE A PREVENIR

NOM :
Adresse :
.....
N° Tél : TEL N° Mobile :
Lien de parenté :

Pièces à joindre à l'inscription :

- Le dernier avis d'imposition
- 1 Attestation responsabilité civile : date de validité :.....

Pour les sorties, se munir :

- d'une pièce d'identité,
- de la liste des traitements en cours,
- de la liste des allergies connues.

TRANSPORT :

J'autorise les agents habilités du C.C.A.S à me transporter dans les véhicules du CCAS

- OUI
- NON

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise les agents habilités du C.C.A.S à me photographier ou me filmer selon les modalités suivantes : pour l'édition de documents de nature pédagogique, d'expositions relatives à nos activités, pour la publication dans la presse locale, sur les sites Internet, Extranet et Facebook de la ville, sur les supports de communication de la ville.

- OUI
- NON

Je certifie par la présente avoir pris connaissance de mes obligations en matière d'assurance et de respect du règlement intérieur.

Fait à Dax, le