



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE  
6 rue de l'Hôpital  
40100 DAX  
Tél : 05 58 90 46 46

## FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE

### Date inscription :

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse .....  
.....  
N° Tél : .....  
Date de Naissance : .....  
Lieu de Naissance : .....

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

NOM : .....  
Adresse : .....  
N° Tél : .....

### PERSONNE A PRÉVENIR

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

### Pièces à joindre à l'inscription :

- 1 Justificatif de domicile
- Le dernier avis d'imposition

### 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 garantis avoir souscrit une assurance responsabilité civile et m'engage à en produire une attestation à tout moment, sur simple demande du CCAS.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur consultable au CCAS de Dax

Fait à Dax, le .....

Signature