

INSCRIPTIONS 2024-2025

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
N° Tél : Adresse mail :
Date de Naissance :
Lieu de Naissance :

MÉDECIN TRAITANT

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

Nom :
Adresse :
.....
N° Tél :

PERSONNE À PRÉVENIR

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

PIÈCES À JOINDRE À L'INSCRIPTION : Justificatif de domicile Le dernier avis d'imposition
 Pièce d'identité Attestation de responsabilité civile

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 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