

INSCRIPTIONS 2025-2026

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 :☐ Pièce d'identité ☐ Attestation de responsabilité civile (je garantis avoir souscrit une assurance responsabilité civile et m'engage à en produire une à tout moment, sur simple demande du CCAS)• Je souhaite recevoir par mail et ou par SMS les informations seniors ☐ OUI ☐ NON• J'accepte de recevoir des SMS ☐ OUI ☐ NON• J'accepte de recevoir des mails ☐ OUI ☐ NON• J'autorise les agents habilités du CCAS à me transporter dans les véhicules du CCAS ☐ OUI ☐ NON• J'autorise les agents habilités du CCAS 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• En cas de vie en couple, facture séparée ☐ OUI ☐ NON• Facturation par voie électronique ☐ OUI ☐ NON

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

Fait à Dax,

le

Signature