



Service
des

MAISONS DE QUARTIER

FICHE D'ADHESION 2019-2020 MAISON DE QUARTIER

A.Camus G. Brassens M. Luther King V.Havel

Adhésion Famille Adhésion individuelle Adhésion Jeune

Renouvellement

Nouvelle Adhésion

MADAME

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

CP :

Ville :

 :

@ :

MONSIEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance:

Adresse:

.....

CP:

Ville:

 :

@ :

Situation Familiale

Célibataire

Pacsée

Mariée

Divorcée

Concubinage

Veuve

Situation Familiale

Célibataire

Pacsé

Marié

Divorcé

Concubinage

Veuf

Situation Professionnelle

En activité

Demandeur d'emploi

Allocataire RSA

Retraitée

Lycéenne/Étudiante

Profession :

Situation Professionnelle

En activité

Demandeur d'emploi

Allocataire RSA

Retraité

Lycéen/Étudiant

Profession :

Enfants/Jeunes

Nom	Prénom	Date de Naissance	Âge	Lieu de Scolarisation (le cas échéant)

Activité(s) Choisie(S)			
<input type="checkbox"/> Animations Collectives Familles	<input type="checkbox"/> Accueil de Loisirs sans Hébergement (ALSH)	<input type="checkbox"/> Point Informations jeunesse/ Activités Jeunes	<input type="checkbox"/> Animations Seniors
<input type="checkbox"/> Ludothèque			
<input type="checkbox"/> Relais d'assistante Maternelle. (RAM)			
<input type="checkbox"/> Lieu d'accueil enfants-parents(LAEP)			

Chacun, à sa manière, peut apporter sa contribution en fonction de ses compétences et de son temps disponible.

-Accepteriez vous de contribuer à la vie de la Maison de quartier ? oui non

Si oui, de qu'elle façon souhaiteriez vous y contribuer?

- Partager une passion avec d'autres adhérents
- Proposer une animation dans mon quartier
- Participer à l'organisation d'animations et/ou de manifestations de la Maison de quartier
- Autre (préciser.....)

Personnes à prévenir en cas d'accident:

Nom - Prénom : Téléphone :

Nom - Prénom : Téléphone :

Suivez-vous un **traitement médical** ? oui non

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) **LES PRECAUTIONS à PRENDRE :**

.....

.....

J'atteste sur l'honneur être titulaire d'une assurance responsabilité civile, pour moi et mes enfants, couvrant les activités listées ci-dessus

J'autorise la prise en photo durant les animations de la Maison de quartier et que celles-ci puissent être utilisées (site internet de la ville, journal municipal...)

J'autorise le responsable à faire pratiquer toutes interventions urgentes en cas de nécessité et selon les prescriptions du médecin consulté.

Fait à Béziers, le

Signature du responsable légal

Maison de Quartier Albert Camus, Esplanade Rosa Parks, 04 67 36 71 31

Maison de Quartier Vaclav Havel, Rue Jules Dalou, 04 67 36 73 57

Maison de Quartier Martin Luther King, 26, rue de l'Orb, 04 67 36 82 45

Maison de Quartier George Brassens, 31 avenue Auguste Albertini, 04 67 62 87 00