



# FICHE ADHESION

Date d'adhésion : / /      Renouvelée le : / /      Renouvelée le : / /

NOM : \_\_\_\_\_      PRENOM : \_\_\_\_\_

Civilité : Melle - Mme - Mr      NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse employeur : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_

Téléphone employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

REGIME	SITUATION FAMILIALE
N° Allocataire : _____ Caisse de : _____ Quotient familial : _____ € Date d'effet : _____	Nombre d'enfants total : _____ N° Sécurité Sociale : _____ N° Carte PASS SENIOR : _____
CATEGORIES SOCIAUX PROF.	
<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadre et profession libérale <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Mère ou Père au foyer <input type="checkbox"/> Inactif <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf
NIVEAU D'ETUDES	RSA
<input type="checkbox"/> Niveau VI : Fin de scolarité – Sans diplôme <input type="checkbox"/> Niveau V : CAP, BEP, Brevet des collèges, Certificat de Formation Professionnelle des Adultes <input type="checkbox"/> Niveau IV : BAC – Terminale <input type="checkbox"/> Niveau III : BAC + 2 (DUT, BTS, Fin de cycle supérieur) <input type="checkbox"/> Niveau I et II : BAC + 4 et Grandes écoles <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Allocataire du RSA <input type="checkbox"/> RSA + Demandeur d'Emploi Longue Durée <input type="checkbox"/> RSA + Emploi <input type="checkbox"/> RSA + Reconnaissance Travailleur Handicapé <input type="checkbox"/> RSA + Ne sait pas <input type="checkbox"/> Référent : _____ <input type="checkbox"/> Origine de l'orientation : _____

Signature : \_\_\_\_\_

## CONJOINT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Civilité : Melle - Mme - Mr

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone employeur : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° Carte PASS SENIOR : \_\_\_\_\_

## PIECES A FOURNIR POUR TOUTE ADHESION

- Fiche Famille complétée
- Attestation CAF de moins de 3 mois précisant votre Quotient Familial
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.*

*Signature*