

**INSCRIPTION 2026 - 2027**Suivi activité Saisie

Carte d'adhérent fournie : OUI / NON

Certificat médical fourni le : ... / ... /

Inscription à rapporter aux permanences du CCCP. Non validée si déposée dans la boîte aux lettres**Participant :**

Nom : Prénom : Date de naissance : ... / ... /

Adresse :

Tel : **Mail (bien lisible svp) :****Représentant légal (si participant mineur) :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : **Mail (bien lisible svp) :**

Activités	Jour	Heure	Tarif	Validation
Total en €				

ADHÉSION	20 € pour un adulte ; 10 € pour le premier enfant ; 6 € pour les suivants			
	Montant	Nom du titulaire du compte	Banque et N° du chèque	Encaissement
Chèque				Fin septembre
Espèces				Immédiat
CB				Immédiat

COTISATION ACTIVITÉ(S)	Montant	Nom du titulaire du compte (idem pour ANCV)	Banque et N° du chèque
Chèque 1 (fin octobre)			
Chèque 2 (fin novembre)			
Chèque 3 (fin décembre)			
ANCV/Coupons sport/CCAS			
NOM :			
Espèces			
CB			

Je souhaite obtenir une attestation de paiement OUI **Pour les activités physiques :**

- Je suis nouvel(le) adhérent(e), je fournis un certificat médical obligatoire au premier cours
- J'atteste avoir répondu, lors de **ma REINSCRIPTION** au CERFA 15699*01, selon les modalités prévues par l'association : **NON à toutes les questions** (pas besoin de certificat médical).
- OUI à une ou plusieurs questions**, je fournis un certificat médical

J'accepte de donner le droit à l'image lors des manifestations/ateliers organisés par le CCCP Oui Non J'accepte d'aider **punctuellement** le centre culturel (manutention, distribution...) Oui Non

J'ai pris connaissance et accepte les conditions de fonctionnement qui m'ont été remises

Date et signature :