



ADHÉSION 2024-2025

Fiche à remplir intégralement pour toute adhésion au Centre Social de L'Orée du Golf

Le foyer					
		ADULTE 1		ADULTE 2	
		M <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>
Situation familiale		<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)		<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Nom					
Prénom					
Date et Lieu de Naissance					
Adresse (N° rue - N° Appt – Code postal – Ville)					
Téléphone fixe <input type="checkbox"/> Cochez si liste rouge					
Téléphone portable					
Adresse mail		<input type="checkbox"/> Cochez cette case pour recevoir les infos du Centre.		<input type="checkbox"/> Cochez cette case pour recevoir les infos du Centre.	
Profession / Ville					
Téléphone travail					
Bénéficiaire		APA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non GIR : <input type="checkbox"/> 1 à 3 <input type="checkbox"/> 4 RSA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Enfant : _____		APA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non GIR : <input type="checkbox"/> 1 à 3 <input type="checkbox"/> 4 RSA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AAH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Enfant : _____	
Régime d'assurance et allocataire					
Assurance		Assureur : _____		Assureur : _____	
Responsabilité Civile		N° de Contrat : _____		N° de Contrat : _____	
Régime allocataire		Qui est l'allocataire ? <input type="checkbox"/> Adulte 1 <input type="checkbox"/> Adulte 2			
<input type="checkbox"/> Général (CAF) <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre		N° allocataire : _____ QF CAF PRO : _____ <input type="checkbox"/> Pour les allocataires CAF : en cochant cette case, vous autorisez l'association à consulter votre dossier CAF sur l'espace « Partenaires de la Caf » afin d'accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.			
Les enfants du foyer ou autres membres					
Responsable légal	Nom – Prénom des enfants	M/F	Date Naiss.	Ecole / Classe	
<input type="checkbox"/> Adulte 1 <input type="checkbox"/> Adulte 2	1				
<input type="checkbox"/> Adulte 1 <input type="checkbox"/> Adulte 2	2				
<input type="checkbox"/> Adulte 1 <input type="checkbox"/> Adulte 2	3				
<input type="checkbox"/> Adulte 1 <input type="checkbox"/> Adulte 2	4				
<input type="checkbox"/> Adulte 1 <input type="checkbox"/> Adulte 2	5				

Autorisation « Droit à l'image » Familiale

Dans le cadre des activités au sein du Centre Social, les animateurs d'activités peuvent être amenés à prendre des photos ou des vidéos. Si nous voulons les afficher, les diffuser ou les insérer dans des publications en lien avec nos activités, il nous faut votre accord.

En cochant, j'autorise l'équipe à utiliser les photos ou vidéos des personnes nommées sur cette fiche sans contrepartie financière lucrative et sans limitation de durée :

- pour les affichages, publications, plaquettes d'informations, projets vidéo, expositions.
- pour les publications internet (site internet www.csodg.com, la page Facebook et Snapchat).

Le Centre Social se dégage de toute responsabilité pour toute utilisation d'images effectuée par des personnes extérieures aux salariés de l'association lors des manifestations (gala, spectacles, événements...).

Personnes à contacter en cas d'urgence

Et pour les mineurs : personnes habilitées à les récupérer

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de Parenté : _____

Tél. : _____ Tél. : _____ À cocher si en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de Parenté : _____

Tél. : _____ Tél. : _____ À cocher si en cas d'urgence

Autorisation Médicale en cas d'urgence

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

Autorise le Centre Social de l'Orée du Golf à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale (pôle de santé le plus proche)) rendues nécessaires par l'état de santé d'une ou plusieurs personnes mentionnées sur cette fiche :

- Oui Non

Vie de l'Association

En tant qu'adhérent et membre de l'association, quels types de compétences, de savoirs, votre famille (adultes et enfants) pourrait partager et mettre à disposition de l'association ? Jardinage Cuisine Informatique Bricolage Préparation d'événements

Autre(s) : _____

Règlement Général sur la Protection des Données

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le responsable de traitement pour la gestion administrative et comptable des adhésions et des adhérents, ainsi que le fonctionnement de l'association (convocation aux Assemblées Générales, élections au Conseil d'Administration, etc.), conformément à l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Les données collectées seront communiquées uniquement à la Direction, au Secrétariat et aux Responsables des activités de l'association. Elles sont conservées pendant trois ans après la fin de l'adhésion. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données, vous opposer au traitement de vos données et également exercer votre droit à la portabilité de vos données. Le site cnil.fr vous offre un accès aux informations sur l'ensemble de vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la Direction du Centre Social de l'Orée du Golf. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Autorisez-vous l'association à saisir les informations présentes sur cette fiche pour la gestion administrative et le fonctionnement de l'association :

- Oui Non

Validation

Par ma signature,

⇒ Je reconnais devenir membre du Centre Social de l'Orée du Golf en m'acquittant de la cotisation 2024-2025 :

Adhésion Familiale : 12 €/17€ Adhésion Jeunes/Bibliothèque : 6 €/8 € : Nom, Prénom : _____

⇒ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tous changements intervenant en cours d'année par mail, courrier, téléphone au secrétariat.

Fait à Wasquehal, le / /

Signature

Saisie NOE : / /
Par :
N° :

EAJE les Pitchounes	Enfance	Jeunesse	Adulte/Famille	Cyber	Biblio