



L'ATELIER DU

*Collectif  
Ultimatum*

Association COLLECTIF ULTIMATUM

22 Bis avenue des Grandes Varennes 17000 La Rochelle

Tél : 07.82.50.79.38 – mail : collectifultimatum@live.fr

SIRET 44443507700029

## BULLETIN D'INSCRIPTION ANNEE 2020-2021

### Fiche de renseignements adhérents :

Remplir ce bulletin en MAJUSCULES en écrivant lisiblement svp

#### ADHERENT OU RESPONSABLE LEGAL

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° Téléphone (portable/fixe) : .....

E-mail (en majuscules) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Numéro CAF : .....

Numéro Sécurité sociale : .....

ASSURANCE ..... Numéro police : .....

#### ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Age : .....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence : .....

Lien avec l'enfant : .....

N° téléphone : .....

#### INFORMATION MÉDECIN TRAITANT

Médecin traitant :

N° téléphone :

Allergie :

#### REGLEMENT INTERIEUR

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur du Collectif Ultimatum et en accepte les modalités
- J'ai pris connaissance du protocole sanitaire mis en place et m'engage à le respecter

## **ACTIVITÉS ET MODE DE PAIEMENT**

Activité(s) choisie(s) : .....  
Jour(s) : ..... Horaire(s) : .....

Quotient familial : ..... € Catégorie : .....  
Tarif (voir plaquette des prix) : ..... € + Adhésion 10 €  
**Montant annuel total à régler : ..... €**

#### **Mode de paiement :**

- Espèce reçu n° ..... Montant ..... €  
 reçu n° ..... Montant ..... €  
 reçu n° ..... Montant ..... €



## **AUTORISATION PARENTALE (pour les moins de 18 ans)**

Je soussigné(e) le responsable légal ..... autorise mon fils,  
ma fille ..... à participer aux cours, représentations, battles et autres sorties  
culturelles organisés par le Collectif Ultimatum.

- Autorise mon enfant à partir seul de la structure
  - N'autorise pas mon enfant à partir seul de la structure

# **AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE**

J'autorise ou non le Collectif Ultimatum à utiliser l'image de mon enfant dans sa communication :

- |            |                                   |   |
|------------|-----------------------------------|---|
| ↳ Photos   | <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas |
| ↳ Vidéos   | <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas |
| ↳ Facebook | <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas |

La Rochelle, le ..... / ..... / .....

## Signature

## **AUTORISATION DE TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL**

(Pour les moins de 18 ans)

Je soussigné(e) ..... autorise la personne encadrant l'activité danse ou un membre de l'association du **Collectif Ultimatum** à faire dispenser, en cas d'accident, les soins reconnus nécessaires par un médecin, et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une intervention chirurgicale ou une hospitalisation d'urgence et déclare cette autorisation valable pour la saison danse 2020/2021.

La Rochelle, le ..... / ..... / .....