

NOM Prénom			
Adresse			
Téléphone	Portable		Maison
E-MAIL			
<i>Données pour statistiques</i>			
Date de naissance		Sexe	
QUOTIENT FAMILIAL	Q.F. CAF	Date du justificatif	N° allocataire
	Q.F. calculé avec l'avis d'imposition		Date du justificatif
<i>Les allocataires de la CAF de Grenoble doivent fournir le justificatif du quotient familial calculé par la CAF Les non allocataires doivent fournir une copie de leur dernier avis d'imposition</i>			

	Nom de l'atelier	Jour	Horaires
ATELIER N° 1			
ATELIER N° 2			
ATELIER N° 3			
ATELIER N° 4			

*** ATTENTION AUCUNE ANNULATION NE SERA PRISE EN COMPTE APRES LA PERIODE D'ESSAI SAUF DEMENAGEMENT OU AVIS MEDICAL (CONFERE REGLEMENT INTERIEUR)**

ATTESTATION / AUTORISATION

Je soussigné(e)

- 1) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- 2) autorise les responsables à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par mon état (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale),
- 3) déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et d'en accepter les termes,
- 4) donne autorisation au CSC A. Malraux de prendre des photos de ma personne dans le cadre des activités et de les utiliser dans ses publications et celles de la Mairie de Jarrie : journal, guide pratique, site internet et autres supports.

Date

Signature