



SECTEUR ADULTES

Jours Activité :

.....

Horaires Activité :

.....

Qi Gong

Yoga

Fitness

Couture

Peinture

Scrabble

Club 4 Saisons

Danse de Salon

chorale

Art Floral

Prendre soin de soi

Amitié dans l'Assiette

ANNEE : /

PARTICIPANT(S)

NOM : Prénom

NOM : Prénom

ADHÉSION

MONSIEUR

NOM :

Prénom :

Profession :

Situation familiale : Marié Pacsé Célibataire
 Vie Maritale Séparé Veuf Divorcé

Date de naissance :

N°S.S :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile :

Portable :

Tél. Travail :

Mail :

Numéro CAF : QF.....

MADAME

NOM :

Prénom :

Profession :

Situation familiale : Mariée Pacsée Célibataire
 Vie Maritale Séparée Veuve Divorcée

Date de naissance :

N°S.S :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile :

Portable :

Tél. Travail :

Mail :

Numéro CAF : QF.....

Je certifie avoir reçu le règlement intérieur du Centre Social Mosaïque.

Je reconnais en avoir pris connaissance et l'accepter dans son intégralité.

Date

Signature