



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 2024-2025

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

ACTIVITÉS ET MODE DE PAIEMENT

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

Quotient familial : € Catégorie :
Tarif (voir plaquette des prix) : € + Adhésion 15 €
Montant annuel total à régler :€

Mode de paiement :

Espèce reçu n° Montant €
 reçu n° Montant €
 reçu n° Montant €

Chèque Banque :

Chèque n°	Montant €	Mois encaissement
Chèque n°	Montant €	Mois encaissement
Chèque n°	Montant €	Mois encaissement

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 :

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Photos | <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas |
| <input type="checkbox"/> Vidéos | <input type="checkbox"/> Autorise | <input type="checkbox"/> N'autorise pas |
| <input type="checkbox"/> 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 2024/2025.

La Rochelle, le / /

Signature