Maison des Jeunes et de la Culture

La Fabrique

Fiche d'informations et d'autorisations ADULTE

INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NOM :

PRÉNOM :

CERTIFICAT MÉDICAL :
Un certificat médical d'aptitude est obligatoire pour tous les ateliers **Bien être** et **Danse**.
Pour une première inscription ou si votre certificat médical a plus de 3 ans, il est obligatoire de nous le transmettre avec votre inscription.
Pour un renouvellement, dans la limite de 3 ans, vous devrez remplir la fiche de santé confidentielle et nous retourner si tel est le cas, l'attestation figurant en bas de cette fiche.

INFORMATIONS DIVERSES :
Ateliers Danses : Pour les spectacles de fin de saison, une participation financière supplémentaire vous sera demandée (costumes, droit d'accès…)

Remboursement : L'adhésion à la MJC – La Fabrique est un engagement pour l'année et est non remboursable.
La cotisation pour l'activité vaut pour un minimum de 30 semaines d'activités. Elle peut donner lieu à un remboursement en cas de déménagement ou certificat médical de plus de 2 mois. Attention, tout trimestre entamé est dû.

Annulation d'une activité :
La MJC – La Fabrique se réserve le droit d'annuler une activité au cours de la saison au regard du nombre de participants à l'activité. Dans ce cas, vous avez la possibilité de vous orienter vers une autre activité ou de bénéficier d'un remboursement au prorata du temps effectué.

DROIT À L'IMAGE :
☐ J'accepte d'être photographié ou filmé lors des ateliers que je pratique et j'autorise la MJC – La Fabrique à les utiliser dans tous les documents et supports de communication (site internet, facebook, journaux…) pour la promotion de l'activité ou de la structure.
☐ Je n'accepte pas d'être photographié ou filmé lors des ateliers que je pratique et je n'autorise pas la MJC – La Fabrique à les utiliser dans tous les documents et supports de communication (site internet, facebook, journaux…) pour la promotion de l'activité ou de la structure.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION
☐ J'accepte d'être conduit dans un établissement hospitalier où toute mesure médicale pourra être prise.
☐ Je n'accepte pas d'être conduit dans un établissement hospitalier où toute mesure médicale pourra être prise.

Je déclare exacts les renseignements fournis et m'engage à les actualiser si nécessaire.

Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Signature