

L'association Nouvel Envol œuvre pour rendre accessible les activités sportives, de loisirs et de vacances aux personnes en situation de handicap mental et/ou ayant des troubles psychiques.

Mme M. **NOM :** _____ **PRENOM:** _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

E-MAIL : _____

Etablissement fréquenté : _____

Adresse de facturation (si différente de celle-ci-dessus) : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Père - Mère - Autre⁽¹⁾ _____ **NOM :** _____ **PRENOM :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile: _____ ☎ Portable : _____

E-MAIL : _____

AUTORISATION POUR LES PERSONNES MINEURS

Je soussigné(e) Père, Mère, Tuteur légal⁽¹⁾. **NOM :** _____ **PRENOM :** _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

E-MAIL : _____

Autorise le membre désigné ci-dessus à adhérer à l'association Nouvel Envol et participer à ses activités ; les responsables à faire procéder à toutes interventions médicales d'urgence.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR

NOUVEAU : Je souhaite avoir un tee-shirt de Nouvel Envol à 10€ - Ma TAILLE : S ; M ; L ; XL

Je désire soutenir l'association en faisant un don de.....€
(un CERFA vous sera fourni pour votre déclaration d'imposition)

Je paie par : espèces chèque virement (coordonnées bancaires en pied de page) en date du :.....

IBAN : FR76 1027 8010 8200 0260 3564 521 BIC : CMCIFR2A

J'autorise les responsables de l'association Nouvel Envol, à prendre toute décision d'ordre médical et chirurgical en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Les photographies et ou films pris lors des différentes activités de l'association pourront être utilisés pour des outils de communication. Si vous ne souhaitez pas apparaître sur ces derniers, merci de joindre un courrier de refus avec ce bulletin d'adhésion.

Date : Signature : _____

*La cotisation annuelle comprend une assurance couvrant les membres dans les activités de l'association

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile



RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Les renseignements que vous porterez à la connaissance de l'association resteront strictement confidentiels. Ils nous permettront de vous proposer des accompagnements en lien avec vos attentes et nos besoins.

NOM - PRENOM :

→ FORMATIONS :

Permis de conduire : OUI NON Si oui, date d'obtention: _____

Avez-vous déjà conduit un minibus ? OUI NON

Avez-vous le PSC1 ? OUI NON Si oui, année d'obtention : _____

Avez-vous d'autres diplômes ? _____

Etes-vous actuellement en formation ? OUI NON Si oui, laquelle ? _____

→ SANTE :

Allergies : _____

Régime alimentaire : Sans viande Sans porc RAS

Complément d'informations que vous souhaitez nous faire partager (difficultés de santé, traitement, autres...) :

→ DIVERS :

Expérience avec des personnes en situation de handicap mental : OUI NON

Si oui, laquelle : _____

Centres d'intérêts : _____

Compétences particulières : _____

Quelles sont vos attentes à travers cette adhésion ? _____
