

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 : _____

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 : _____

Je souhaite avoir un **TEE-SHIRT** de Nouvel Envol à 10€ - Je choisis 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 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 : _____



RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Bénévole

Les renseignements que vous porterez à la connaissance de l'association resteront strictement confidentiels. Ils nous permettent de mieux vous connaître et de vous proposer des actions en lien avec vos attentes.

NOM - PRENOM : _____

→ **FORMATIONS :**

Avez-vous le 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 :**

Avez-vous des allergies ? OUI NON

Si oui, merci de préciser : _____

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? RAS Sans viande Sans porc Autre :

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

→ **DIVERS :**

Avez-vous de l'expérience avec des personnes en situation de handicap mental ? OUI NON

Si oui, laquelle : _____

Quels sont vos centres d'intérêts : _____

Avez-vous des compétences particulières que vous souhaiteriez partager : _____

Quelles sont vos attentes à travers cette adhésion ? _____
