



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Adhésion : 7€ par foyer – Du 01/06/2026 au 31/05/2027

FAMILLE : _____

Adresse :

Régime social : Sécurité sociale ☐ MSA ☐ Autre ☐

REPRESENTANTS

NOM - Prénom :
Date de naissance :
Tel :
Port :
Mail :

NOM - Prénom :
Date de naissance :
Tel :
Port :
Mail :

ENFANTS / PETITS ENFANTS

NOM - Prénom :
Genre :
Date de naissance :
Lien de parenté :

NOM - Prénom :
Genre :
Date de naissance :
Lien de parenté :

NOM - Prénom :
Genre :
Date de naissance :
Lien de parenté :

NOM - Prénom :
Genre :
Date de naissance :
Lien de parenté :

NOM - Prénom :
Genre :
Date de naissance :
Lien de parenté :

NOM - Prénom :
Genre :
Date de naissance :
Lien de parenté :

SIGNATURE

Je soussigné(e) _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : ____ / ____ / ____ Signature :