



RENSEIGNEMENTS ET ADHÉSION

M. – MME – MELLE¹ NOM^{(2) (3)} : PRENOM :

NOM D'ÉPOUSE⁽³⁾ : NE(E) LE⁽⁴⁾ : / /

LIEU NAISSANCE : DEPARTEMENT DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL. DOMICILE : / / / / TEL. MOBILE : / / / / FAX : / / / /

PROFESSION : TEL. TRAVAIL : / / / / FAX : / / / /

E-MAIL : AUTRE N° TEL. : / / / /

DIPLOMES en secourisme :

..... Date diplôme

..... Date diplôme

..... Date diplôme

JOINDRE PHOTOCOPIE DES ATTESTATIONS, BREVETS ET DIPLÔMES EN SECOURISME

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur. Conformément aux conditions d'adhésion de l'association, je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur.

A, le / / **Signature de l'adhérent,**

NOTA : Ces renseignements permettront d'établir un fichier de gestion informatique strictement interne à l'ADPC 81. Conformément à la Loi "Informatique et Libertés" N° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer vos droits par courrier au secrétariat de l'association.

(1) rayer la mention inutile - (2) NOM de jeune fille - (3) en majuscules - (4) pour les mineurs faire remplir l'autorisation parentale ci-dessous

AUTORISATION DES PARENTS OU DU TUTEUR LÉGAL

REEMPLIR IMPERATIVEMENT LA FICHE CI-JOINTE

Tournez SVP





Autorisation parentale

Je soussigné(e) (Nom Prénom)

(adresse)

.....

agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur – Tutrice – Représentant légal, (*Rayer la mention inutile*)

autorise (Nom et Prénom) à

participer à l'ensemble des activités de la Protection Civile du Tarn.

Fait à : Le

Signature

Autorisation d'intervention chirurgicale et d'anesthésie en cas d'urgence

Je soussigné(e) (Nom Prénom)

(téléphone)

agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur – Tutrice – Représentant légal, (*Rayer la mention inutile*)

autorise le Président de la Protection Civile du Tarn, ou son Représentant, ainsi que le Corps Médical à prendre toutes les mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission en centre hospitalier, anesthésie locale ou générale).

Les frais occasionnés seront à ma charge.

Personne à prévenir en cas d'accident Tél :

Autre personne autorisée Tél.

Fait à : Le :

Signature