



BULLETIN D'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS

À retourner à la CMCAS ou à votre SLVie, soit par mail,
par courrier ou en le déposant dans vos lieux de proximité.

ACTIVITÉ CHOISIE

DATE de l'activité SLVie

NOM, PRÉNOM de l'Ouvrant-Droit

NIA E-MAIL TÉL.
Si changement Mobile de préférence

NOM, PRÉNOM de tous les participants

PARTICIPATION FINANCIÈRE
(en fonction de la grille solidaire)

| | | € |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | ÂGE | SS TOTAL | € | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| INVITÉ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| INVITÉ | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Ne pas joindre de paiement, <i>celui-ci vous sera demandé si votre inscription est retenue</i> | | | TOTAL | <input type="text"/> |

JE M'ENGAGE À PARTICIPER À CETTE ACTIVITÉ MÊME SI MES INVITÉS NE SONT PAS RETENUS OUI NON

SI JUMELAGE MERCI D'INDIQUER AVEC QUI

SI TRANSPORT COLLECTIF AU DÉPART DE

SI BESOIN DE COVOITURAGE COCHEZ CETTE CASE ACCOMPAGNANT (dans le cadre d'une activité spécifique)

COMMENTAIRES

Inscrivez dans cette zone toutes informations utiles et situations particulières (ex : allergies alimentaires...)

En m'inscrivant à cette activité ainsi que les personnes ci-dessus :
Je cède mon droit à l'image et autorise l'utilisation des photographies dans les publications de la CMCAS, sinon cochez cette case .
J'accepte les conditions de la CMCAS Ardennes Aube Marne. Conditions d'annulation à votre disposition auprès de vos correspondants SLVie ou Technicien(ne)s accueil/conseils dans vos lieux de proximité.

Signature