



SAISON

**ADULTE**

- Art Floral    Aquarelle    Badminton    Basket    Bulle sensorielle    Carnet de voyage    Chorale  
 Course à pied    Force Athlétique    Fitness Ados    Guitare    Gym Artistique    Gym D'entretien  
 Handball    Informatique    Marche Nordique    Maquettes    Modelage/Poterie    Musculation  
 Peinture    Pétanque    Randonnée Pédestre    Savate Boxe Française    Scrabble    Scrapbooking  
 Steps    Tennis de Table    Théâtre    Tir à L'arc/Sarbacane    Visites Patrimoine

**Adhérent(e)**

- Création  
 Renouvellement

**Nom :**       **Prénom :**       **Sexe :**  M    F

**Né(e) le :**       **Lieu de naissance :**       **Département :**

**Adresse :**

**Quartier :**       **Ville :**       **Code Postal :**

**Tél :**       **Mail :**

**Assurance**

Dans le cadre de ses obligations statutaires, le PLMCB souscrit auprès de la MAIF à une assurance collective « Multirisques Adhérents / association » comprenant la garantie Responsabilité civile obligatoire. Il est de notre devoir de vous informer qu'il vous est possible de souscrire, en plus des garanties de base, des garanties complémentaires plus importantes en cas d'accident corporel. Le formulaire Ihand vous propose notamment une garantie de base corporelle supplémentaire. Les garanties complémentaires sont à votre charge.

**Réservé au PLMCB**

- Dossier complet   
Envoi code   
Paiement   
Affiliation   
Saisie Noethys

**Pièces à fournir pour l'inscription en plus de cette fiche**

- photos d'identité (Pour le Handball et la Gym Artistique)
- Copie de la pièce d'identité (Pour le Handball)
- Attestation de quotient familial
- Charte
- Attestation d'assurance civile
- Questionnaire médical ou certificat médical



## Adhésion / Quotient familial

### Rappel des quotients :

Quotient CAF	>1000	801<QF<999	561<QF<800	480<QF<560	377<QF<479	<376
Code PLMCB	A	B	C	D	E	F

**Votre quotient CAF :**  (fournir justificatif)

**Fédération :**  UFOLEP  FF  FFForce  FFHB  FOL  FSCF  FFSBF

**Êtes vous bénévole ou responsable de section ?**  Oui  Non si oui quelle fonction ?

**Date certificat médical (sport):**  (certificat valable 3 ans)

**Adhésion PLMCB :**  €

**Coût activité :**  €

**Activités supplémentaires :**  €

**Total :**  €

**Mode de paiement :** En ligne  Espèce  Chèque  Ancv  Autres  : .....

## Engagement

1) POUR TOUS LES ADHERENTS :

Je soussigné(e)

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du PLMCB

OUI  NON

- accepte le règlement intérieur du PLMCB

- autorise le PLMCB à utiliser les photos et vidéos sur les documents de communication du PLMCB sans contrepartie financière (presse, réseaux sociaux, site internet...)

Date :

Signature :