



ÉPICERIE SOLIDAIRE LES 3 A
Maison des Familles et des Solidarités
Rue Gaston LHOUSTEAU
30420 CALVISSON

PIECES A FOURNIR

(Photocopie en cours de validité)

- Dossier d'inscription dûment rempli
- Justificatifs d'identité (carte d'identité, passeport, permis, titre de séjour.)
- Justificatif d'État Civil (Livret de famille, extrait d'acte de naissance.)
- Justificatif de domicile (Quittance loyer, facture EDF, GAZ, téléphone...)
- Justificatifs de vos ressources (Salaire, retraite, invalidité, allocations familiales...)
- Justificatifs de vos charges (EDF, téléphone, crédit, mutuelle...)
- Avis d'imposition
- 1 photos d'identité

Toute pièce manquante entraînera un refus du dossier d'inscription. Merci de votre compréhension

EPICERIE SOLIDAIRE LES 3 A
 Maison des Familles et des Solidarités
 Rue Gaston LHOUSTEAU
 30420 CALVISSON

DOSSIER D'INSCRIPTION

CADRE RESERVE A LA COMMISSION

N° Bénéficiaire :

Entrée/Sortie :

Date d'inscription : ___ / ___ / ___

Date d'entrée : ___ / ___ / ___

Date de sortie : ___ / ___ / ___

1. LA COMPOSITION DU FOYER

1.1. Identité du bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Nom de jeune fille :

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Nationalité : Française Étrangère

Commune de naissance :

Département :

Pays :

1.2. Coordonnées du bénéficiaire

Adresse :

Code postale :

Ville :

Courriel :

Tél. Fixe :

Tél. portable :

1.3. Conjoint(e) Oui Non

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Nom de jeune fille :

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Nationalité : Française Étrangère

Commune de naissance :

Département :

Pays :

1.4. Coordonnées du conjoint(e)

Adresse : (si différente du bénéficiaire)

Code postale :

Ville :

Courriel :

Tél. Fixe :

Tél. portable :

1.5. Situation matrimoniale :

Célibataire Union Libre PACS Veuf(ve)

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e)

1.6. Enfants à charge : Oui Non

NOM	Prénom	Né(e) le	Lieu de naissance

4. TOTAUX & RESTE A VIVRE				
TOTAL REVENUS				
TOTAL CHARGES				
				RESTE A VIVRE
				MONTANT JOURNALIER
5. PERSONE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE				
Nom :	Prénom :	Tél. :	Lien :	
Nom :	Prénom :	Tél. :	Lien :	
Nom :	Prénom :	Tél. :	Lien :	
6. AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE MEDICALE EN CAS D'URGENCE				
<p>Je soussigné(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas</p> <p>Le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers SAMU, Autres) pour que puisse être pratiqué en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale y compris une anesthésie sur moi-même.</p>				
7. ASSURANCE RESPONSABILITE CIVIL				
<p>Nom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postale : Ville :</p> <p>Tél. :</p> <p>N° de contrat :</p>				
8. INFORMATION MEDICAL				
<p>Allergies et contre-indications :</p> <p>Médecin traitant :</p>				
9. AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE				
<p>L'article 9 du Code Civil stipule :</p> <p>« Chacun a droit au respect de sa vie privé »</p> <p>« ... Toute personne peut interdire la reproduction de ses traits... »</p> <p>« ... C'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation... »</p> <p>En conséquence</p> <p>Je soussigné(e)</p> <p style="margin-left: 40px;">Autorise N'autorise pas</p> <p>La prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.</p> <p>Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.</p>				
10. DECLARATION SUR L'HONNEUR				
<p>Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent dossier d'inscription et que les renseignements portés sur déclaration sont exacts et sincères.</p> <p>Fait à : Le :</p> <p style="text-align: center;">Signature du bénéficiaire</p>				

CADRE RESERVE A LA COMMISSION

Accord Refus

Réévaluation du dossier : ___ / ___ / ___

Signature et cachet de l'administration :