



# Bulletin d'adhésion Responsable et Membre Associé

Saison 2014 - 2015

### Adhérent (\* informations obligatoires)

Civilité	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Sœur	<input type="checkbox"/> Frère
NOM *						
NOM de JEUNE FILLE						
PRENOM *						
Date de naissance *	___ / ___ / ____	CP * de naissance				
Ville de naissance * (Pays)						

### Inscription et nomination

N° Adhérent		Code structure	
Nom de la Structure			
Fonction			
Date de fin de mandat			

### Coordonnées

Adresse			
Code postal *		Ville * (pays)	
Téléphone domicile		Téléphone prof.	
Téléphone portable		Téléphone portable	
Courriels			
Profession			

### Conjoint

Civilité	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle
NOM *			
NOM de JEUNE FILLE			
PRENOM *			
Date de naissance *		CP * de naissance	
Ville de naissance * (Pays)			
Profession			

### Inscription et nomination

N° Adhérent		Code structure	
Nom de la Structure			
Fonction			
Date de fin de mandat			
<i>la demande de nomination se fait directement via la base intranet</i>			

### Coordonnées (si différentes de celles de l'adhérent ci-dessus)

Téléphone domicile		Téléphone professionnel	
Téléphone portable		Téléphone portable	
Courriels		Courriels	

### Famille Autres membres de la famille adhérents dans le mouvement :

Nom Prénom ou N° Adhérent	
---------------------------	--

### Autorisations

Utilisation d'image	<input type="checkbox"/>	Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise l'association à fixer, reproduire, représenter et communiquer les photographies prises de ma personne (revues, site internet, publication dans la presse écrite, reprise pour les campagnes institutionnelles de l'association...).	
Assurance Responsabilité Civile	<input type="checkbox"/>	Je certifie être couvert par une assurance responsabilité civile.	
Mesures Médico Chirurgicales	<input type="checkbox"/>	J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicochirurgicales rendues nécessaires par mon état de santé pendant les activités sous la responsabilité des Scouts et Guides de France (tout sera mis en oeuvre pour que la personne ci-dessous soit informée immédiatement en cas d'accident).	
Personne à prévenir en cas d'urgence	Nom	Prénom	Téléphone

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à l'administration de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Service adhérents, Scouts et Guides de France, 65 rue de la Glacière 75013 Paris ou par courriel : [adherents@sgdf.fr](mailto:adherents@sgdf.fr)

Les adresses mails sont utilisées dans le cadre de la gestion des activités, pendant la durée de votre adhésion (invitations aux activités, informations du mouvement...) ou pour la transmission d'informations administratives (reçus fiscaux) de la part des SGDF. Si vous ne souhaitez pas recevoir de mail de l'association, veuillez-vous adresser au Service adhérents, Scouts et Guides de France, 65 rue de la Glacière 75013 Paris ou par courriel : [adherents@sgdf.fr](mailto:adherents@sgdf.fr)

### Cotisation

Nature	Choix	Montant
<b>Cotisation Nationale (dont 7 € d'abonnement)</b> <i>Les Scouts et Guides de France sont reconnus d'utilité publique, la cotisation donne droit à l'émission d'un reçu fiscal (1)(2).</i>	<input type="checkbox"/> 27€ cotisation responsable	(a) ____ €
<b>Cotisation Conjoint (1)</b> (Cotisation sans abonnement)	<input type="checkbox"/> 20€ cotisation responsable	(b) ____ €
<b>Abonnement 7 €</b> (déjà compris dans la cotisation) Azimut (17-20 ans)	<input type="checkbox"/> Non pour l'adhérent (déduire 7 €) <input type="checkbox"/> Oui pour le conjoint également (Ajouter 7€)	(c) ____ €
<b>Je fais un don supplémentaire pour ma structure :</b> <i>Je soutiens ma structure en faisant un don déductible de mes impôts (1)(2)</i>	<input type="checkbox"/> 30€ <input type="checkbox"/> 100€ <input type="checkbox"/> 70€ <input type="checkbox"/> Autre	(d) ____ €
Total (a) + (b) + (c) + (d)		€
Je règle par <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque Vacances (2) <input type="checkbox"/> Autre		
Référéncé du règlement <i>A remplir par le trésorier</i>		

Fait à ..... le .....

Je certifie que les informations de ce bulletin sont exactes

Signature du ou des adhérents

(1) La cotisation ou un don à l'association des Scouts et Guides de France donne droit à l'émission d'un reçu fiscal permettant de déduire 66% du montant du don si vous êtes assujetti à l'impôt sur le revenu

(2) Le règlement par chèque-vacances de la cotisation nationale, des frais de fonctionnement du groupe ou d'un don ne donnera pas droit à l'émission d'un reçu fiscal