

Date :

Initiales du receveur :

Renouvellement

Nouvel adhérent

Avis d'imposition

Certificat médical

Fiche d'inscription 2024/2025

Mme M. Date de naissance

Nom Prénom

Adresse

Ville (si hors Dijon) ou Quartier (si Dijon)

Téléphone 1 (portable) Email

Téléphone 2 (fixe) Loisirs & Hobbies

Ancienne profession

Seriez-vous intéressé(e) par du bénévolat à l'OPAD ? Oui Non

 Nom et n° de téléphone de la personne à prévenir en cas de nécessité

- Tarif de l'adhésion : 22€ à régler au moment de l'inscription
- Les tarifs réduits sont attribués en fonction du **revenu fiscal de référence sur présentation de la copie du dernier avis d'imposition.**
- Le **tarif 1 est appliqué** en cas de non transmission de ce document.

Tarif 1 <input type="checkbox"/>	Tarif 2 <input type="checkbox"/>	Tarif 3 <input type="checkbox"/>	Demande de fonds social
<p><u>PERSONNE SEULE</u> Revenu fiscal de référence égal ou > à 16501€</p> <p><u>POUR UN COUPLE</u> Revenu fiscal de référence égal ou > à 26001€</p>	<p><u>PERSONNE SEULE</u> Revenu fiscal de référence compris entre 14401€ et 16500€</p> <p><u>POUR UN COUPLE</u> Revenu fiscal de référence compris entre 23001€ et 26000€</p>	<p><u>PERSONNE SEULE</u> Revenu fiscal de référence < ou égal à 14400€</p> <p><u>POUR UN COUPLE</u> Revenu fiscal de référence < ou égal à 23000€</p>	<p>Seules les personnes bénéficiant du tarif 3 peuvent demander le fonds social (confidentiel)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, je demande le fonds social</p>

Droit à l'image

J'autorise par la présente, l'OPAD à reproduire et à diffuser la ou les photographies, réalisée(s) avec mon consentement par l'OPAD pour l'année 2024/2025.

Oui j'autorise

Non je n'autorise pas

