VHB Coopérative d'idées & Fabrique de projets

ADHÉSION JUILLET 2025 À JUIN 2026

ÊTRE ADHÉRENT, C'EST

- Concrétiser son adhésion aux valeurs et aux projets de VHB
- Être informé des activités de VHB et pouvoir en bénéficier avec ou sans participation financière
- La possibilité d'être élu administrateur, de donner son avis en participant à des commissions, de devenir bénévole...
- La possibilité de voter à l'Assemblée Générale (Les - de 16 ans n'ont pas le droit de vote. Leur droit sera donné à un de leurs responsables légaux présent lors de l'A.G.)

ADHÉRENTS

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE (F/M)	SI RÉDUCTION indiquer la lettre du motif*

***MOTIFS DE RÉDUCTION INDIVIDUELLE**

- **A** Je suis **bénévole**
- **B** Je suis le/la **4ème, 5ème, 6ème... adhérent·e de ma famille**
- **C** Je participe au Relais Petite Enfance **Les Pitchouns**
- **D** J'habite **Deux-Grosnes et j'ai moins de 18 ans** (cotisation payée par le CCAS de Deux-Grosnes)

COORDONNÉES

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Tél. domicile ..... Tél. portable .....

E-mail .....

Je souhaite recevoir **Les Nouvelles de VHB** :

◯ **par mail** ◯ **par courrier postal** ◯ **ne pas la recevoir**

Protégeons nos arbres ! Privilégiez l'envoi par mail.
Si vous ne la recevez pas, regardez dans vos indésirables.

Régime d'appartenance des adhérents ◯ CAF ◯ MSA

N° de l'allocataire : .....

Si vous ne connaissez pas votre régime, indiquez votre profession
(si retraité, précisez de quelle profession) .....

POUR LES ADHÉRENTS DE MOINS DE 18 ANS

◯ Père ◯ Mère ◯ Responsable légal ☐ N'habite pas à l'adresse ci-dessus

Nom - Prénom .....

Tél. portable ..... Profession .....

◯ Père ◯ Mère ◯ Responsable légal ☐ N'habite pas à l'adresse ci-dessus

Nom - Prénom .....

Tél. portable ..... Profession .....

CALCUL DU COÛT

NOMBRE D'ADHÉRENTS ____ × 5 € = ____ €

NOMBRE DE RÉDUCTIONS ____ × 5 € − ____ €

DON FACULTATIF** + ____ €

TOTAL À PAYER = ____ €

☐ Espèces ☐ Chèque ☐ Virement

RIB Banque Postale
FR 52 2004 1010 0712 6936 7V03 836

**Attestation pour les impôts fournie sur demande

AUTORISATIONS - ATTESTATIONS

J'autorise VHB, dans le cadre de ses activités, à photographier les adhérents mentionnés ci-dessus et à utiliser leur image (Facebook, site internet, presse, rapport de l'assemblée générale, plaquette des activités, diaporama d'activités).
Dans le cas contraire, je coche ici ☐

Votre enfant de moins de 4 ans participe aux matinées des Pitchouns, accompagné d'une tierce personne autre que les parents.

J'autorise Mr/Mme .....

Lien avec l'enfant .....
à accompagner mon enfant pendant cette activité.

Je certifie que les adhérents sont assurés pour tout accident en **responsabilité civile et dommages corporels** dont ils pourraient être victimes ou auteurs au cours des activités de VHB.

Je m'engage à respecter le **règlement intérieur** de VHB (www.centresocialvhb.fr ou disponible sur simple demande).

DATE .....

Pour attester de l'exactitude des données ci-dessus,

NOM ..... PRÉNOM .....

JE COCHE si version numérique ☐

JE SIGNE si version papier

"Les informations recueillies sont traitées informatiquement. Elles sont conservées pour pouvoir réaliser les inscriptions administratives, communiquer avec vous, réaliser des bilans auprès de nos financeurs. Votre droit d'accès, de rectification, d'effacement peut être exercé auprès de Madame la directrice de VHB, déléguée à la protection des données."

VHB Coopérative d'idées & Fabrique de projets

INSCRIPTION 12- 15 ANS - ÉTÉ 2025

NOM - Prénom - âge de l'enfant	NOM - Prénom - âge de l'enfant
.....	.....
8 au 10 juillet	☐ Séjour photo - La Clayette	☐ Séjour photo - La Clayette
16 et 17 juillet	☐ Séjour aquatique - Montrevel-en-Bresse	☐ Séjour aquatique - Montrevel-en-Bresse
28 juillet au 1er août	☐ Séjour rando - Gorges de l'Allier	☐ Séjour rando - Gorges de l'Allier

TARIFS SÉJOURS

PASS COLO :
Enfants nés en 2013 dont le QF CAF ou MSA ≤ 1500€ et qui n'ont pas utilisé le Pass colo en 2024 ; le coût du séjour peut entièrement être pris en charge avec reste à charge 0€ pour la famille grâce à ce dispositif de l'Etat.
En savoir plus sur le PASS COLO

	Allocataire CAF SANS Aide aux Vacances Enfants (AVE) / Allocataire MSA — TARIF À PAYER À VHB				Allocataire CAF AVEC Aide aux Vacances Enfants (AVE) — TARIF À PAYER À VHB	
	QF ≤ 1000 €	QF entre 1001 et 1300 €	QF entre 1301 et 1500 €	QF > 1500 €	0 > 400 Aide 60%	401 > 900 Aide 50%
SÉJOUR PHOTO La Clayette du 8 au 10 juillet - 3 jours	75€	82 €	90 €	97 €	38,80 €	48,50 €
SÉJOUR AQUATIQUE Montrevel-en-Bresse 16 au 17 juillet - 2 jours	50 €	55 €	60 €	65 €	26 €	32,50 €
SÉJOUR RANDO Gorges de l'Allier du 28 juillet au 1er août - 5 jours	180 €	198 €	216 €	234 €	93,60 €	117 €

PASS COLO

** bénéficiaires de l'AEEH : nous contacter.*

CALCUL DU COÛT

	Nbr	Coût	TOTAL
SÉJOUR PHOTO			
SÉJOUR AQUATIQUE			
SÉJOUR RANDO			
ADHÉSION 25/26		5 €	
		Déductions diverses (CE...)°	
		TOTAL À RÉGLER	

Si plusieurs inscriptions, vous pouvez faire un seul règlement.

RIB VHB - La Banque Postale : FR 52 2004 1010 0712 6936 7V03 836

AUTORISATION CONSULTATION QUOTIENT FAMILIAL

Si mon quotient familial (QF) me permet de bénéficier d'une réduction, j'autorise VHB à le consulter sur les sites de la CAF du Rhône et de la MSA Ain Rhône :

◯ OUI, nom de l'allocataire : ..... ◯ NON, fournir une attestation QF

n° de l'allocataire : .....

NOM - PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉGAL :

.....

Pour attester de l'exactitude des données ci-dessus,

Je coche (si version numérique) ☐

Je signe (si version imprimée)

FICHE D'INSCRIPTION ÉTÉ 2025 + FICHE ACCUEILS JEUNES + FICHE D'ADHÉSION 25-26 + RÈGLEMENT
à inscription@centresocialvhb.fr ou dans la boîte aux lettres à Lamure ou Monsols
AU PLUS TARD LUNDI 26 MAI MIDI

Coopérative d'idées
& Fabrique de projets

FICHE ACCUEIL JEUNES 2025-2026

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements qui pourront être utiles de juillet 2025 à juin 2026.
Si des changements interviennent durant l'année, n'hésitez pas à en compléter une nouvelle.

ENFANT

NOM - Prénom .....

Date de naissance (JJ/MM/AA) .....

• Vaccins obligatoires à jour ◯ oui ◯ non, joindre un certificat de contre-indication

• Existance d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ OUI - À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

• Allergies ☐ oui Précisez : .....

• Asthme ☐ oui

• Si régime spécifique alimentaire ◯ sans porc ◯ sans viande

• Autres informations que vous souhaitez transmettre : .....

.....

.....

RESPONSABLE LÉGAL

NOM - Prénom .....

Numéro en cas d'urgence .....

• J'autorise VHB, dans le cadre de ses activités, à photographier mon enfant et à utiliser son image. ◯ oui ◯ non
(groupe privé Whatsapp, page Facebook, site internet, presse, plaquette des activités, rapport de l'Assemblée Générale, diaporama d'activités)

• Transport en véhicule de VHB/animateur VHB ◯ oui ◯ non

• Participation aux groupes Whatsapp des jeunes ◯ oui ◯ non

• J'autorise mon enfant à partir seul de l'Accueil Jeunes ◯ oui ◯ non

• Si mon Quotient Familial (QF) me permet de bénéficier d'un tarif réduit, j'autorise VHB à le consulter sur les sites de la CAF du Rhône ou de la MSA Ain Rhône.

◯ oui

Nom de l'allocataire .....

Numéro de l'allocataire .....

◯ non fournir une attestation.

Je déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant dont je suis responsable légal.

Date .....

Pour attester de l'exactitude des données ci-dessus,

Je coche (si version numérique) ☐

Je signe (si version imprimée)

VHB
Coopérative d'idées
& Fabrique de projets

FICHE ACCUEIL JEUNES 2025-2026

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements qui pourront être utiles de juillet 2025 à juin 2026.
Si des changements interviennent durant l'année, n'hésitez pas à en compléter une nouvelle.

ENFANT

NOM - Prénom .....

Date de naissance (JJ/MM/AA) .....

• Vaccins obligatoires à jour ◯ oui ◯ non, joindre un certificat de contre-indication

• Existance d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ OUI - À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

• Allergies ☐ oui Précisez : .....

• Asthme ☐ oui

• Si régime spécifique alimentaire ◯ sans porc ◯ sans viande

• Autres informations que vous souhaitez transmettre : .....

.....

.....

RESPONSABLE LÉGAL

NOM - Prénom .....

Numéro en cas d'urgence .....

• J'autorise VHB, dans le cadre de ses activités, à photographier mon enfant et à utiliser son image. ◯ oui ◯ non
(groupe privé Whatsapp, page Facebook, site internet, presse, plaquette des activités, rapport de l'Assemblée Générale, diaporama d'activités)

• Transport en véhicule de VHB/animateur VHB ◯ oui ◯ non

• Participation aux groupes Whatsapp des jeunes ◯ oui ◯ non

• J'autorise mon enfant à partir seul de l'Accueil Jeunes ◯ oui ◯ non

• Si mon Quotient Familial (QF) me permet de bénéficier d'un tarif réduit, j'autorise VHB à le consulter sur les sites de la CAF du Rhône ou de la MSA Ain Rhône.

◯ oui

Nom de l'allocataire .....

Numéro de l'allocataire .....

◯ non fournir une attestation.

Je déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant dont je suis responsable légal.

Date .....

Pour attester de l'exactitude des données ci-dessus,

Je coche (si version numérique) ☐

Je signe (si version imprimée)