



Cadre réservé au CSMF

- Montant chèque : €
- Chèque transmis :
- Carte faite :
- Renouvellement :
- Dossier traité par :
- Date réception dossier : / /
  
- Date du certificat médical : / /

Adhérent ATSCAF (réduction 5 euros)

N° adhérent :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017

**NOM :**

**Prénom :**

Date de Naissance :

Direction ou Service :

Adresse administrative :

Mail (professionnel de préférence) :

Catégorie :  A  B  C (cocher la case correspondante)

Personnel :

Administratif

Site fréquenté : cocher la case correspondante

BELLAN	DUNOIS	IVRY	PAGANINI	BERCY MULTI-ACTIVITES	SENIORS

Pièces à fournir :

- **Certificat Médical moins de 3 mois.**

- Règlement à l'ordre du « CSMF »

*Si renouvellement* : carte adhérent CSMF

*Si 1<sup>ère</sup> inscription* : 1 photo d'identité

*Si adhérent ATSCAF* : présenter la carte

J'autorise le CSMF à la prise et à la diffusion (à des fins non commerciales) de photographies et/ou de vidéos me représentant.

Signature :

Site internet : [www.csmfinances.fr](http://www.csmfinances.fr)

☎ 01.53.18.20.84