

# Fiche inscription Atelier d'Expression

## (Adultes)

### **DOCUMENT À JOINDRE AU FORMULAIRE :**

- Attestation de paiement CAF si QF inférieur à 500
- Autorisation de prélèvement SEPA accompagnée d'un RIB

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

CP / VILLE : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

ACTIVITÉS	JOUR ET HORAIRE	MONTANT

### **Droit à l'image :**

J'autorise le CSC à me filmer ou à me prendre en photo, dans le cadre des activités du CSC. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise le centre socio-culturel, à fixer, reproduire et communiquer au public les images prises dans le cadre des activités du centre.

OUI ☐ NON ☐

### **Inscription à la Lettre d'information du Fossé :**

J'autorise le CSC à me tenir informé des actualités du centre et de m'envoyer des informations administratives, par mail.

OUI ☐ NON ☐

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.*

Remise - % (s'il y a lieu) : .....

Adhésion CSC

17 € ☐

Montant total des ateliers : .....

Montant total à régler : .....

### **Mode de règlement :**

· **En 1 fois :**

Chèque ☐

CB ☐

Espèces ☐

ANCV ☐

Prélèvement ☐

· **En 3 fois :**

1<sup>er</sup> paiement de ..... le ..... par .....le .....

2<sup>ème</sup> paiement de ..... le ..... par chèque le .....

3<sup>ème</sup> paiement de ..... le ..... par chèque le .....

· **En 3 fois (prélèvement)**

1<sup>er</sup> prélèvement de ..... en octobre 2021.

2<sup>ème</sup> prélèvement de ..... en janvier 2022.

3<sup>ème</sup> prélèvement de ..... en avril 2022.



## CSC FOSSE DES TREIZE

## Mandat de prélèvement SEPA

[illegible]

Référence unique du mandat à remplir par le service comptable									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **CSC FOSSE DES TREIZE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **CSC FOSSE DES TREIZE**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

*Les champs précédés d'un \* doivent être complétés.*

Raison sociale ou nom du débiteur

\*

---

Numéro et nom de la rue

\*

---

Code postal

Ville

\*

--	--	--	--	--

Pays

\*

\_\_\_\_\_

Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN

\*

[illegible]

Code international d'identification de votre banque BIC

\*

[illegible]

Nom du signataire (pour une société signataire habilité sur le compte)

\*

--	--	--	--	--	--	--	--

\*

Date JJ MM AAAA

Lieu

\_\_\_\_\_

\* Signature

Nom du créancier devant apparaître dans l'ordre de prélèvement

\* **FR55ZZZ560359**

---

Identifiant du créancier ICS

\*

CSC Fossé des Treize

---

Numéro et nom de la rue

6 RUE FINKMATT, 67000 STRASBOURG

FRANCE

---

## Pays