



UCP, Mouvement social des Aînés

Régionale du Brabant Wallon
Bd des Archers, 54 – 1400 Nivelles
067/89 36. 90

ucp.brabantwallon@mc.be
www.ucp-brabantwallon.be



Formulaire d'affiliation en page 2

L'UCP,

Mouvement social des Aînés a pour buts :

- d'encourager la participation et l'engagement des aînés dans la vie sociale, culturelle, économique et politique,
- d'associer les aînés à la construction d'un monde plus juste,
- de développer et d'animer un réseau associatif pour plus de solidarité et une meilleure qualité de vie,
- de défendre les droits des aînés dans un esprit de solidarité inter-générationnelle

L'UCP,

Un mouvement

Trois valeurs fondamentales :

- respect de la dignité de tout être humain
- solidarité responsable
- citoyenneté active

L'UCP,

Un mouvement d'éducation permanente

4 thématiques d'action :

- sécurité sociale : liaison au bien-être et accès aux soins pour tous
- lieu de vie : un logement de qualité pour une vie de qualité
- nouvelles technologies : ensemble contre la fracture numérique
- développement durable-mobilité : un monde durable pour les générations futures et droit à la mobilité pour tous.

L'UCP,

Des activités et des services :

- rencontres : pour le simple plaisir et la convivialité
- culture : par des activités artistiques, des cours ou des formations, par des voyages en Belgique ou à l'étranger, par une excursion ou un séjour pour se cultiver et se distraire,
- **des activités sportives « Sports seniors »** afin de garder le plus longtemps possible un corps en forme

Je m'engage et je signe :

DEMANDE D'AFFILIATION

Compléter en lettres majuscules.

Si un conjoint est déjà membre, indiquer son nom et prénom.et la mention "inscrit"

Pour les dames, toujours indiquer le nom de naissance.

0 Affiliation individuelle

0 Affiliation couple

Vignette de la mutualité
OU

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

CP : _____
Localité : _____
N° et nom mutuelle : _____

Vignette de la mutualité du conjoint
OU

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

CP : _____
Localité : _____
N° et nom mutuelle : _____

Tel : _____
GSM : _____
e-mail : _____
Num National : _____
(si pas sur la vignette)

Tel : _____
GSM : _____
e-mail : _____
Num National : _____
(si pas sur la vignette)

Date d'affiliation à l'UCP : _____

- ◆ Je suis/nous sommes membre(s) d'un autre groupement local de l'UCP.

Si oui, lequel : _____

- ◆ Je suis/nous sommes intéressé(es) par les activités suivantes :

- ◆ J'ai pris connaissance et j'adhère aux buts, objectifs et valeurs fondamentales de l'UCP.

Signature

Signature