

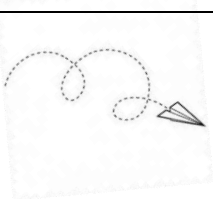


## BULLETIN D'INSCRIPTION

**A renvoyer avant le mardi 9 octobre 2018**



### Pour renvoyer ton inscription



#### Soit par courrier :

JOC - Inscription SFJ Sud-Ouest

246 Boulevard Saint-Denis – BP 36 – 92403 Courbevoie Cedex

Soit par mail : à Floriane RODIER – floriane.rodier@joc.asso.fr

Fédération : .....

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Je suis adhérent ou adhérente à la JOC :  oui  non

### MA RESPONSABILITE



Je suis en JOC (ou j'accompagne la JOC) depuis : ..... ans

- Je n'ai pas de responsabilité  Trésorier ou trésorière d'équipe
- Responsable d'équipe  Délégué ou déléguée de fédération
- Fédéral ou fédérale  Responsable de projet - Préciser : .....
- AF  Accompagnateur ou accompagnatrice d'équipe

### JE PARTICIPERAI A LA SESSION

**(coche les moments où tu seras présent ou présente)**

*Si tu arrives la veille : prévois ton pique-nique*

	Vend. (si tu arrives la veille)	Sam. 20/10	Dim. 21/10	Lun. 22/10
Déjeuner				
Dîner				
Nuit + petit déjeuner				

#### Je viens :

- en voiture
- en transport en commun
- en train : heure d'arrivée en gare : .....

**Heure d'arrivée sur le lieu de session :**  
.....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ton nom et ton prénom : .....



En cas d'urgence, joindre :

M. ou Mme .....

Tél. : .....

**Suis-tu un traitement médical ?**  oui  non

*Si oui, joins une ordonnance récente et les médicaments correspondants*

**Asthme**  oui  non

**Allergies médicamenteuses**  oui  non

**Allergies alimentaires**  oui  non

Préciser : .....

**Autres allergies :** .....

**Régime alimentaire :** .....

Préciser la conduite à tenir (signaler si automédication) :

.....  
.....  
.....



### AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEUR-E-S

Je soussigné-e, M./Mme....., responsable légal-e de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise mon enfant à participer à la session organisée par la JOC du 20 au 22 octobre 2018 et autorise la ou le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :

