



BULLETIN D'INSCRIPTION

A renvoyer avant le mercredi 16 octobre 2019



Pour renvoyer ton inscription



Soit par courrier :

JOC - Inscription SRM (**Picardie-Champagne-Ardenne et Nord – Pas-de-Calais**)
246 Boulevard Saint-Denis – BP 36 - 92403 Courbevoie Cedex

Soit par mail :

à Emmanuel BOUMARD : emmanuel.boumard@joc.asso.fr

Si tu as des questions, voici son numéro : 06 32 04 10 18

Fédération :

Nom et prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone : Email :

J'ai ma carte d'adhésion JOC 2019-2020 : oui non



MA RESPONSABILITE

- responsable d'équipe trésorier ou trésorière d'équipe
- fédéral ou fédérale PF TF SGF
- Accompagnement d'équipe Accompagnement fédéral

Nombre d'années en responsabilité (ou en accompagnement) :

JE PARTICIPERAI A LA SESSION

(coche les moments où tu seras là)

	Jeu. 31/10 (si tu arrives la veille)	Ven. 01/11	Sam. 02/11	Dim. 03/11
Déjeuner				
Dîner				
Nuit + petit déjeuner				

Je viens :

- en voiture
- en train

Heure d'arrivée sur le lieu de session :

.....

Jour et heure de départ :

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ton nom et ton prénom :



En cas d'urgence, joindre :

M. ou Mme

Tél. :

Merci de cocher TOUTES les cases ci-dessous

Suis-tu un traitement médical ? oui non

Si oui, joins une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Préciser le traitement :

Asthme oui non

Allergies médicamenteuses oui non

Allergies alimentaires oui non

Préciser :

Autres allergies :

Régime alimentaire :

Pour tout cela, préciser la conduite à tenir (et 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 **31 octobre au 03 novembre 2019**, 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 :

