

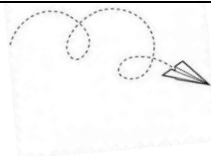


## BULLETIN D'INSCRIPTION

A renvoyer avant le mercredi 16 octobre 2019



### Pour renvoyer ton inscription



#### Soit par courrier :

JOC - Inscription SRM (Région Ile-de-France)

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

#### Soit par mail :

à Cécile FABUREL : [cecile.faburel@joc.asso.fr](mailto:cecile.faburel@joc.asso.fr)

Si tu as des questions, voici son numéro : 06 72 63 87 58

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)

	Jeudi 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 3 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 :

