

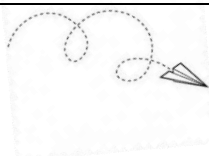


## BULLETIN D'INSCRIPTION

A renvoyer avant le mercredi 3 octobre 2019



### Pour renvoyer ton inscription



#### Soit par courrier :

JOC - Inscription SRM (Auvergne – Rhône-Alpes)  
246 Boulevard Saint-Denis – BP 36 - 92403 Courbevoie Cedex

#### Soit par mail :

à Graziella RATTENNI : [graziella.rattenni@joc.asso.fr](mailto:graziella.rattenni@joc.asso.fr)  
Si tu as des questions, voici son numéro : 06 72 67 35 79

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)

	Vend. 18/10 (si tu arrives la veille)	Sam. 19/10	Dim. 20/10	Lundi 21/10
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 **18 au 21 octobre 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 :

