

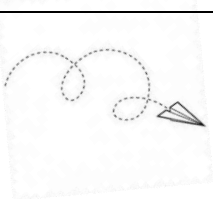


BULLETIN D'INSCRIPTION

A renvoyer **avant le dimanche 2 février 2020**



Pour renvoyer ton inscription



Soit par courrier :

JOC - Inscription SFJ RIF

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

Soit par mail : à Cécile FABUREL – cecile.faburel@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. 15/02 | Dim. 16/02 | Lun. 17/02 |
|-----------------------|---------------------------------|------------|------------|------------|
| 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 15 au 17 février 2020 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 :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'utilisation de mon image ou de celle de mon enfant (diffusion, publication, reproduction) en vue de la promotion ou la valorisation des activités du mouvement sur tous supports et tous médias, par exemple : revue Assez Zoné, brochures de communication, site Internet, réseaux sociaux.

Date : Signature :

