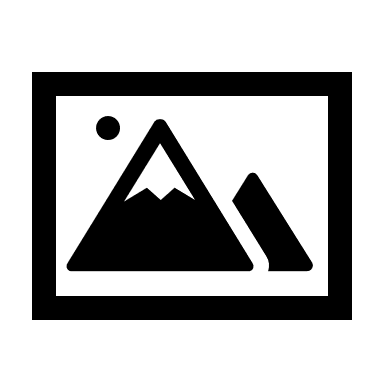
**DELEGATION GENERAL DU SOUVENIR FRANÇAIS** Une image contenant texte, clipart

Description générée automatiquement

|  |  |
| --- | --- |
| DOSSIER D’INSCRIPTION J.P.D/S.N.U  Nom : ..................  Prénom : ............. | SECTION PIERRE BAYLE FORMATION PORTE DRAPEAUX  Adresse de courrier contour: [sectionpierrebayle@gmail.com](mailto:sectionpierrebayle@gmail.com)  Boîte aux lettres contour : 2 traverse des Albères  66300 saint Jean Lasseille  Comité : ...........    Téléphone à haut-parleur avec un remplissage uni : .............. |

Une image contenant texte, extérieur, personne, statue

Description générée automatiquementSection Pierre Bayle

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Date de recrutement : ....................... Age : ans

|  |
| --- |
| J.P.D  / S.N.U |
| Nom de Famille : ................ Sexe : F  M  Nom d’usage : ........................  Prénom (s) : ...............................  Né (e) le : ................................................ Lieu de naissance : .....................................  Téléphone mobile : .......................... Mail : ......................  Adresse :  Code postal : .......................... Commune : ....................... |
| REPRESENTANTS LEGAUX |
| Mère  Père  Tuteur |
| Nom de Famille : .............................. Prénom : ........................  Nom d’ usage : ........................  Adresse : ..........................  Code Postal : .......... Commune : ....................  Téléphone : ...................... Mail : ......................  Nom Assurance extra-scolaire : .................. Numéro de contrat : ...................... |
| Personne a Contacter en cas d’ urgence |
| Nom de la Famille : ....................... Prénom : ........................  Téléphone mobile : ................................ Téléphone Fixe : ..................... |

|  |
| --- |
| Nous acceptons que notre enfant soit photographié ou filmé pendant une formation, ou cérémonie : Oui  Non |

**FICHE INDIVIDUEL DE RENSEIGNEMENTS SANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  **Prénom :**  **Date de naissance :** | **Adresse Personnelle :** |
| **Personne à Prévenir en 1ER**  **Nom:**  **Prénom :**  **Adresse :**  **Téléphone Fixe :**  **Téléphone Portable :** | **Personne à Prévenir en 2ND**  **Nom :**  **Prénom :**  **Adresse :**  **Téléphone Fixe :**  **Téléphone Portable :** |
| **Médecin Traitant (Nom) :**  **Téléphone :** | |
| **Mon Traitement Journalier (Nom du Médicament) :** | |
| **J’ ai des Antécédents Médicaments**  Allergies  Asthme  Autres | **Les médicaments que j’ai sur moi ainsi que l’ endroit ou ils sont dans mon sac** |
| **J’ai traitement** :  Aspirine  Asthme  Autres | **Préconisations particulières a prendre à mon égard :** |