**DELEGATION GENERAL DU SOUVENIR FRANÇAIS** 

|  |  |
| --- | --- |
| DOSSIER D’INSCRIPTION J.P.D/S.N.UNom : ..................Prénom : ............. | SECTION PIERRE BAYLE FORMATION PORTE DRAPEAUXAdresse de courrier contour: sectionpierrebayle@gmail.comBoîte aux lettres contour : 2 traverse des Albères  66300 saint Jean LasseilleComité : ........... Téléphone à haut-parleur avec un remplissage uni : .............. |

Section 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 :** |