

DELEGATION GENERAL DU SOUVENIR FRANÇAIS



DOSSIER D'INSCRIPTION

J.P.D/S.N.U

Nom:
Prénom:

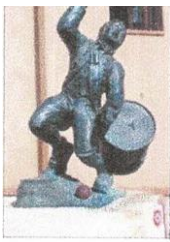


SECTION PIERRE BAYLE
FORMATION PORTE
DRAPEAUX

: sectionpierrebayle@gmail.com

 : [07/81/61/32/38](tel:0781613238)

Comité:



Délégation Générale du Souvenir Français pour les Pyrénées
Orientales



Section Pierre Bayle

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Date de recrutement :

Age:.....ans

J.P.D <input type="checkbox"/> / S.N.U <input type="checkbox"/>	
Nom de Famille :	Sexe: F <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/>
Nom d'usage :	
Prénom (s):	
Né (e) le:	Lieu de naissance :
Téléphone mobile:	Mail:
Adresse:	
Code postal :	Commune:
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Délégation Générale du Souvenir Français pour les Pyrénées Orientales

FICHE INDIVIDUEL DE RENSEIGNEMENTS SANTE

<p>Nom:</p> <p>Prénom:</p> <p>Date de naissance :</p>	<p>Adresse Personnelle:</p>
<p>Personne à Prévenir en 1eR</p> <p>Nom:</p> <p>Prénom:</p> <p>Adresse:</p> <p>Téléphone Fixe :</p> <p>Téléphone Portable :</p>	<p>Personne à Prévenir en 2N°</p> <p>Nom:</p> <p>Prénom:</p> <p>Adresse:</p> <p>Téléphone Fixe :</p> <p>Téléphone Portable :</p>
<p>Médecin Traitant (Nom) :</p> <p>Téléphone:</p>	
<p>Mon Traitement Journalier (Nom du Médicament) :</p>	
<p>J' ai des Antécédents</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p>	<p style="text-align: center;">Médicaments</p> <p>Les médicaments que j'ai sur moi ainsi que l'endroit où ils sont dans mon sac</p>
<p>J'ai traitement:</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirine</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p>	<p>Préconisations particulières a prendre à mon égard:</p>

Délégation Générale du Souvenir Français pour les Pyrénées
Orientales

AUTORISATION PARENTALE

Représentant legal n°1

Je soussigné :

Nom:

Prénom:.....

Demeurant :

Autorise mon fils

ma fille

A intégrer la section pierre Bayle des jeunes Pierre Bayle du souvenir français des Pyrénées -oriental

Je certifie avoir pris connaissances des conditions et des contraintes liées à cet engagement.

Fait à:

le:

Représentant legal n°2

Je soussigné :

Nom:

Prénom:.....

Demeurant:

Autorise mon fils

ma fille

A intégrer la section pierre Bayle des jeunes Pierre Bayle du souvenir français des Pyrénées -oriental

Je certifie avoir pris connaissances des conditions et des contraintes liées à cet engagement.

Fait à:

le:



SOUVENIR FRANÇAIS SECTION PIERRE BAYLE

FICHE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné : autorise:

La section Pierre Bayle , dans le cadre exclusif des activités de formations et de cérémonies :

à filmer et/ou photographier : Nom-Prénom :

à reproduire, diffuser et publier son image :

sur le site internet <https://www.souvenirfrancais66//> Les données mises en ligne seront protégées et sécurisées.

Tout support destiné à faire connaître la section Pierre Bayle (plaquette de présentation, articles de presse, reportages télévisuels, photographies sur les stands d'information et forums ..).

Fait à : le :

Signature des parents Précédée de la mention « lu et approuvé »:

Réponsable 1 : Nom : Signature:

Réponsable 2 : Nom : Signature :

Document à retourner dans les plus brefs délais