

Photo  
d'identité

# ANIMATEUR

## FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

Retraite des enfants de :

avril 2010

juillet 2010

Toussaint 2010

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Portable personnel: \_\_\_\_\_ E-mail personnel: \_\_\_\_\_

Classe ou études : \_\_\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_

Est baptisé ? OUI  NON  A fait sa 1<sup>ère</sup> communion ? OUI  NON

A déjà animé une retraite pour enfants à Murat ? OUI  NON

Diplômes (BAFA, AFPS, CEP ..) et expériences d'animation : \_\_\_\_\_

### A remplir impérativement

arrivée le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ heure moyen de transport : \_\_\_\_\_

départ le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ heure moyen de transport : \_\_\_\_\_

**REMARQUES** (allergie, régimes, .....)

**J'accepte d'être photographié et de figurer sur le site de la communauté : oui  non**

## POUR LES MINEURS

### AUTORISATION - DECHARGE DES PARENTS

Je soussigné(e), NOM et prénom du (ou des) parents(s) : \_\_\_\_\_

1°) autorise mon enfant ( NOM et prénom ) : \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_

à participer à la retraite des enfants du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 2010 à Murat (Cantal)

2°) autorise les responsables du camp à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaire par son état de santé ( hospitalisation et / ou intervention chirurgicale ) et à le transporter dans les véhicules de l'organisation.

3°) adresse pendant le camp \_\_\_\_\_

téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

portable : \_\_\_\_\_

Signature des parents : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'ACCIDENT

NOM et prénom de l'animateur : \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_

Prénom de l'animateur ou de l'assuré social : \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Références de votre centre de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

NOM et références de votre mutuelle complémentaire : \_\_\_\_\_

NOM et adresse de l'entreprise de l'assuré social : \_\_\_\_\_

Nom de votre compagnie d'assurance familiale et N° de police : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous d'un CONTRAT ASSISTANCE (Europe assistance ou autre) ? \_\_\_\_\_

**Joindre un certificat médical ou un document certifiant que toutes vos vaccinations sont à jour**