

Formulaire de pré-inscription

La protection des vallées côtières en méditerranée
Séminaire

Phase à Tunis : du 8 au 15 mars

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone: _ _ _ _ _ Téléphone portable : _ _ _ _ _

Adresse e-mail :@.....

Date et lieu de naissance : le _ / _ / _ _ _ à

Nationalité :

Profession / niveau d'étude :

Régime alimentaire particulier :

Ce formulaire de pré-inscription est à retourner par mail à info@uneterreculturelle.org, ou par voie postale à l'adresse suivante : 4 chemin des Bessons-13014 Marseille. Les chèques sont à compléter à l'ordre *Une Terre Culturelle* et à envoyer à l'adresse indiquée ci-dessus et ne seront pas encaissés avant le démarrage du séjour.

Tarif	Phase à Tunis	Adhésion
Individuel	350€	10€
Structure	440€	10€
OPCA	965€	10€

En cas d'annulation, nous pratiquons une retenue de 30% (cette retenue s'élève à 70% sept jours avant la formation).

Dossier complet à nous retourner dans les plus bref délais :

- Fiche d'inscription (2 feuilles)
- Autorisation du droit à l'image (1 feuille)
- Fiche sanitaire (1 feuille)



Pour quelles raisons souhaitez-vous vous inscrire à cette action ?

Quel est votre niveau en langue (Anglais, Allemand, autre...) ?

Quelle formation avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement ?

Avez-vous déjà participé à un échange international ?

De quelle manière avez-vous reçu l'information ?

Fiche de renseignements participant-e OFAJ : <https://www.ofaj.org/media/info-participant-scolaire.pdf>



Autorisation Droit à l'image

Dans le cadre de notre association, des photos et /ou vidéos de vous / votre enfant peuvent être utilisées en vue de promouvoir nos activités. Nous sollicitons votre autorisation.

Je soussigné(e)

- Autorise Une Terre Culturelle à utiliser mon image / l'image de mon enfant pour la promotion de ses activités dans le cadre des locaux et en dehors de ses locaux. (sur le blog / sur le site d'Une Terre Culturelle / sur les flyers / tous supports ayant pour but de promouvoir l'activité d'Une Terre Culturelle).

- N'autorise pas Une Terre Culturelle à utiliser mon image / l'image de mon enfant pour la promotion de ses activités.

Fait le à

Signature

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à communiquer au personnel médical en cas d'accident grave et d'avoir un référent à contacter.

Elle évite éventuellement de se munir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Date de naissance :
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Numéro carte vitale :	
Pensez à vous procurer votre carte européenne d'assurance maladie avant le départ (démarches auprès de la Sécurité Sociale).	

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où la personne n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

Est-ce que je dois suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non
Si oui, précisez les **médicaments** et éventuellement la posologie :

Portez-vous une prothèse ou un élément métallique intra corporel

oui non

Quel est votre groupe sanguin ?

A B AB O

et le facteur rhesus :

Rh+ Rh-

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non

asthme oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si il y aurait d'autres remarques utiles (porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires régime alimentaire particulier, etc... ?)

IV – Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, _____ **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise / n'autorise pas** (rayer la mention inutile) le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de la personne.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :