

NOM (inscrit principal) : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Nationalité : _____

Adresse postale :

Email :

DUO : Prénom du jeune ou du conjoint (pour les duo couple) :

.....

Né(e) le : à :

Téléphone domicile : _____ Tel travail : _____

Téléphone portable : _____ / _____ (conjoint si besoin)

Je soussigné, atteste vouloir participer aux activités de l'Association AJC Vertical-Horizon :

Week-end DUO : COUPLE / PERE FILS / PARENTS ENFANTS (rayer les mentions inutiles)

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs visés par l'association (site internet).

Signature (lu et approuvé) :

le :

INSCRIT

PRINCIPAL

J'autorise l'association à effectuer des photos/vidéos : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour des tracts, des calendriers : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour illustrer le site internet : OUI NON

ENFANT

JEUNE OU
CONJOINT

J'autorise l'association à effectuer des photos/vidéos : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour des tracts, des calendriers : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour illustrer le site internet : OUI NON

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRE

Concernant l'inscrit principal (parent / adulte), ces renseignements sont nécessaires pour la préparation du matériel technique et/ou en cas d'accident.

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____

Poids : _____ kg Taille : _____ Pointure de chaussure : _____ Sexe : f / M

Date du dernier vaccin antitétanique (ou DT Polio) : _____

Les autres vaccins sont-ils à jour ? : Oui / Non

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (allergies, asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation importante, chirurgie, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Port de lunettes : OUI NON / de lentilles : OUI NON / d'appareil auditif ou dentaire : OUI NON

Nom, qualité (conjoint, parents, tante, ami) et téléphone d'une ou deux personne(s) susceptible(s) d'être prévenu rapidement :

1) _____ tel : _/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_

2) _____ tel : _/_/_/_/_/_ _/_/_/_/_/_

Numéro de Sécurité Social : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Concernant la deuxième personne du DUO (conjoint, jeune ou enfant), ces renseignements sont nécessaires pour la préparation du matériel technique et/ou en cas d'accident.

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____

Poids : _____ kg Taille : _____ Pointure de chaussure : _____ Sexe : f / M

Date du dernier vaccin antitétanique (ou DT Polio) : _____

Les autres vaccins sont-ils à jour ? : Oui / Non

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (allergies, asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation importante, chirurgie, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Port de lunettes : OUI NON / de lentilles : OUI NON / d'appareil auditif ou dentaire : OUI NON

