



ÉCLAIREUSES & ÉCLAIREURS DE FRANCE

Groupe Rose des Vents

Fiche annuelle Respo

N° d'adhérent (si connu) :

Photo (si possible)

PARTICIPANT.E

Prénom : _____

NOM : _____

Fille

Garçon

Les Informations demandées seront indispensables en cas de consultation médicale, merci de tout compléter.

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Tél. 1 (mobile) _____

N° de Sécurité Sociale pour les soins _____ Tél. 2 _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____ N° de dép. ou pays : _____

Mail pour la transmission d'infos : _____ N° de dossier BAFA : _____

Parcours de formation	<input type="checkbox"/> Tremplin(s)	<input type="checkbox"/> BAFA	<input type="checkbox"/> ASF	<input type="checkbox"/> validé(s)	si en cours, déjà fait :	<input type="checkbox"/> Théorique	<input type="checkbox"/> Stage	<input type="checkbox"/> Appro
	<input type="checkbox"/> DSF	<input type="checkbox"/> BAFD	<input type="checkbox"/> validé(s)	si en cours, déjà fait :	<input type="checkbox"/> Théorique	<input type="checkbox"/> Stage 1	<input type="checkbox"/> Perf.	<input type="checkbox"/> Stage 2

1. Renseignements médicaux

VACCINATIONS *(Fournir des copies des pages vaccins du carnet de santé ou des certificats de vaccinations)*

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou Tétra coq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si les vaccins obligatoires n'ont pas été administrés, fournir un certificat médical de contre-indication.

Maladies déjà contractées

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Crises d'Asthme ? : Oui Non Allergie à certains médicaments : Oui Non

PRECISER LA CONDUITE À TENIR et les MÉDICAMENTS À ÉVITER :

Traitement médical durant les activités ? Oui Non Automédication ? Oui Non

Si besoin joindre à chaque fois l'ordonnance adéquate et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine et marqués au nom du.de la respo, avec la posologie et la notice). Aucun traitement en cours ne pourra être administré sans ordonnance.

INDIQUER les épisodes traumatiques avec séquelles, en précisant les dates et les précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.).

Port de : Lentilles, Lunettes, Prothèses dentaires, prothèses auditives,

Précisions utiles : _____

2. Personnes à joindre si nécessaire

Parent.s : Mère Tél. (mobile) _____ / Père Tél. (mobile) _____

Prénom.s et NOM.S : _____ / _____

Adresse.s _____ / _____

C.P. _____ Ville _____ / C.P. _____ Ville _____

En cas d'échec à joindre l'un ou l'autre parent, personnes à prévenir :

Prénom NOM _____ Lien de parenté _____ Mobile : _____

Prénom NOM _____ Lien de parenté _____ Mobile : _____

3. Adhésion à l'Association (valable jusqu'au 31 août prochain quelle que soit la date d'adhésion)

Le/la soussigné.e déclare avoir pris connaissance des buts et des principes de l'Association des Éclaireuses - Eclaireurs de France, de son règlement général, notamment le chapitre 2, déclare avoir pris connaissance des modalités d'exercice et de formation définies par le Groupe de RDV et demande à y adhérer pour la période en cours. Il-elle sollicite sa nomination en tant que respo d'animation sur la branche : Lutins Louveteaux Eclais Aînés.

Droit à l'image : Si, dans ses publications, et dans le respect des dispositions légales, vous refusez l'utilisation par l'Association des EEDF des photos sur lesquelles pourrait figurer l'adhérent.e inscrit, cochez cette case (*vide = autorisation*).

Informatique et libertés (loi du 6 juillet 1978) : Les informations contenues dans cette fiche sont conservées par l'Association. Pour tout droit d'accès et de rectification s'adresser à : adhesions@eedf.asso.fr

Cotisation annuelle : **10 euros** (si revenus insuffisants voir ci-dessous).

mes ressources ne me permettent pas de verser la cotisation (elle sera assumée par le groupe).

Comment as-tu connu les Eclés ? : Ami-Famille Médias École Internet Événement

Autre : _____

Ce document est validé par : le-la respo (seul.e si majeur.e), et sa mère son père son tuteur sa tutrice.

Les renseignements ci-dessus sont certifiés exacts et sincères par la-le.s soussigné.e.s, qui s'engage.nt à communiquer au groupe de RDV toute information qui les modifierait.

Fait à _____ le _____

Signature du/de la respo (dans tous les cas)
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Signature du/de la représentant.e légal.e (seulement si respo mineur.e)
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Nom et Prénom : _____

4.a Autorisations et prescriptions (Respo majeur)

- En cas d'impossibilité à exprimer ma volonté, j'autorise les représentant-es du groupe à prendre me concernant les décisions sanitaires qu'ils-elles jugeront nécessaires (consultation médicale, hospitalisation) et j'autorise les interventions chirurgicales, anesthésie générale et/ou transfusion sanguine qui serait décidées par un.e praticien.ne.
- J'autorise mon transport dans la voiture personnelle d'un.e intervenant.e.
- Je m'engage à rembourser les frais médicaux, les frais d'hospitalisation, de transport ou d'ambulance qui pourraient être avancés par le groupe EEDF de RDV , lequel me transmettra en retour les documents qu'il aura pu recevoir me permettant d'en être remboursé.e par les organismes de sécurité sociale, mutuelles et assurances.

Fait à _____ le _____

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

4.b Autorisations et prescriptions (Respo mineur)

Je soussigné.e : _____

Responsable légal.e. de : _____

- certifie qu'il.elle ne présente aucun danger de contagion, est apte à la vie en groupe ainsi qu'à la pratique des activités suivantes :

Décocher - Rayer les activités contre-indiquées.

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Arts du cirque | <input checked="" type="checkbox"/> Nautisme – Voile |
| <input checked="" type="checkbox"/> Canyoning | <input checked="" type="checkbox"/> Randonnée pédestre |
| <input checked="" type="checkbox"/> Équitation | <input checked="" type="checkbox"/> Ski- Spéléologie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Escalade – Escal'arbre | <input checked="" type="checkbox"/> Sports collectifs |
| <input checked="" type="checkbox"/> Multisports | <input checked="" type="checkbox"/> Sports de vague |

Autres activités interdites :

- Je l'autorise à participer à toutes les activités organisées par les E.E.D.F., notamment le couchage sous tente.

- Je certifie qu'il.elle sait nager et j'autorise sa participation aux activités de baignade

Sans prescription particulière

Avec les prescriptions particulières suivantes :

(Fournir un brevet de natation, indispensable pour participer aux activités aquatiques)

- J'autorise que lui soit donné par le.la responsable sanitaire du camp si il.elle le juge approprié, du paracétamol, même sans ordonnance.
- Je m'engage à rembourser les frais médicaux, les frais d'hospitalisation, de transport ou d'ambulance qui pourraient être avancés par le groupe EEDF de RDV , lequel me transmettra en retour les documents qu'il aura pu recevoir me permettant d'en être remboursé.e par les organismes de sécurité sociale, mutuelles et assurances.
- J'autorise son transport dans la voiture personnelle d'un.e intervenant.e.

Fait à _____ le _____

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")