



Camp Sur le Chemin du Graal Fiche d'inscription

A renvoyer

- de préférence par mail à camps@ecoleaurore.org
- sinon par poste à *Nikita Stampa, Rue du Chenoy 1, 1435 Héவில்*

Coordonnées du participant

Nom : Prénom : Date de naissance :

Téléphone : Email :

Adresse :

- Je m'inscris au séjour initiatique « Sur le chemin du Graal » qui se tiendra dans les Alpes suisses du 27 juillet au 3 août 2019 ainsi qu'au week-end préparatoire (dates à déterminer).
- J'envoie par mail un petit mot personnel précisant ma motivation à participer à ce stage (camps@ecoleaurore.org)
- Je verse un acompte de 100€* et m'engage à verser le solde, soit 440€, au plus tard un mois avant le début du camp, sur le compte de l'Asbl Ecole Initiatique Aurore, en mentionnant « NOM + chemin du graal » IBAN : BE25 0689 0470 5182 BIC : GKCC BE BB
- Je joins à ce document, la fiche médicale et le cas échéant, l'autorisation parentale dûment complétées.

Date : Signature :

Coordonnées des parents ou du responsable légal

(Obligatoire pour les participants qui n'ont pas 18 ans accomplis au moment de l'inscription)

Nom : Prénom :

Téléphone : email :

Adresse :

Date : Signature pour accord :

*L'acompte n'est en aucun cas remboursable sauf annulation de l'activité de part de l'Ecole Aurore.
L'inscription est confirmée dès réception de l'acompte ET du dossier d'inscription.
Le prix du camp comprend 10€ d'adhésion à l'Asbl + les frais de séjour et d'animation.
Il ne comprend PAS les frais de transport jusqu'en Suisse.



Camp Sur le Chemin du Graal

Fiche médicale

Ce questionnaire confidentiel a pour objectif d'être au plus près de chacun des participants en cas de nécessité. Il sera un appui pour les animateurs ou le personnel soignant en cas de besoin. Il est essentiel que les renseignements que vous fournissez soient complets, corrects et à jour au moment des activités concernées.

Emplacement pour une vignette de mutuelle. Coller ici :

Emplacement pour une vignette de mutuelle. Coller ici :

Identité du participant

Nom : Prénom.....
Né(e) le
Adresse : rue n°bte.....
Localité : CP :

Personnes à contacter en cas d'urgence

1) Nom – Adresse :
.....
Lien de parenté :
Tél. / GSM :E-mail :

Médecin traitant

Nom – Adresse :
.....
Tél. / GSM :

Informations confidentielles concernant la santé du participant

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du séjour en montagne ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...) Indiquez la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu'a dû subir le participant ?
(+ années respectives) ? (rougeole, appendicite...)

.....
.....
.....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ? Oui - Non

Date du dernier rappel :

.....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Oui - Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Quelles peuvent en être les conséquences ?

.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels :

.....

En quelle quantité ?

.....

Quand ?

.....

Groupe sanguin du participant ?

.....

Remarque :

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments qu'ils jugent nécessaires.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour par les animateurs. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé du participant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement. »

Lu et approuvé,

Date et signature :

Date et signature du responsable légal pour les mineurs :



Camp Sur le Chemin du Graal
Autorisation parentale
(participants mineurs)

A compléter par le parent/tuteur légal du participant :

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

.....

père mère tuteur légal répondant

autorise (prénom, nom) :

.....

à participer au camp d'été « Sur le Chemin du Graal » organisé par l'Asbl Ecole Initiatique Aurore qui se déroulera du 27 juillet au 3 août 2019, ainsi qu'au we de préparation (dates à déterminer).

Durant ces périodes :

- Je le/la place sous l'autorité et la responsabilité de ses animateurs.
- Les animateurs m'ont informé du programme d'animation, consistant notamment en un temps de retraite solitaire en forêt. J'accepte les risques inhérents à ce type d'activités.
- J'atteste sur l'honneur que mon enfant est sous la couverture d'une assurance RC familiale.
- J'accepte que mon enfant soit pris en photo et que ces images soient éventuellement rendues publiques par l'Académie Aurore ou l'Ecole Initiatique Aurore dans le cadre de la promotion de leurs activités.

OUI

NON

Fait à, le

Nom et Signature