

Inscription

Par la présente, je soussigné·e

Souhaite inscrire

Nationalité _____ Date de naissance _____

Sexe Féminin Masculin

Adresse _____

Si votre domicile est en France, êtes-vous frontalier·ère (*information utile pour les subventions*) ?

Oui Non Si oui, merci d'indiquer votre adresse professionnelle en Suisse :

E-mail de contact _____

Personnes à contacter en cas d'urgence et médecin traitant

Nom 1^{ère} personne _____ Nom 2^{ème} personne _____

Téléphone domicile _____ Téléphone domicile _____

Téléphone prof. _____ Téléphone prof. _____

Téléphone portable _____ Téléphone portable _____

Médecin traitant _____ **Téléphone médecin** _____

Assurances

Assurance-maladie* _____ N° AVS

Assurance-accident* _____

*Si frontalier·ère, merci de nous fournir la carte européenne d'assurance de la personne à inscrire. Si membre d'une organisation de rapatriement (REGA, Europe assistance, etc...)

Nom de l'organisation et téléphone _____

Numéro de membre _____

Aptitudes physiques

Capacité à nager en eau profonde :

non débutant·e moyenne bonne

Capacité à faire du vélo : oui non

Capacité à porter un sac à dos : oui non

Capacité à faire du sport : oui non

Uniforme

J'ai besoin d'une chemise pour mon enfant (choisir la taille souhaitée) :

Chemise louveteau : Chemise éclai : Chemise routier :

Informations médicales

Taille _____ Poids _____

Allergie (médicament, pollen, aliment, etc.)

Allergies – régime alimentaire

Allergie: Facteur déclenchant: _____

Réaction, traitement: _____

Régime particulier (sans porc, végétarien, etc.) _____

Vaccinations

	JJ/MM/AAAA		JJ/MM/AAAA
Tétanos (Te)	_____	Poliomyélite (Pol)	_____
Diphtérie (Di)	_____	Hépatite B	_____
Coqueluche	_____	ROR (Rougeole Oreillons Rubéole)	_____

Maladies graves ou opérations survenues

1. Nature de l'affection	_____	Année	_____
2. Nature de l'affection	_____	Année	_____
3. Nature de l'affection	_____	Année	_____

Etat de santé actuel

	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(Si oui laquelle ?)
Maladie du cœur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
Maladie des reins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
Maladie du foie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
Atteintes au niveau des os et articulations	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
Recommandations particulières liées au traitement, à la maladie	_____	_____
Autres affections ou hospitalisations	_____	_____

Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Mal des transports	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Incontinence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Appendicite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Médicaments à prendre

Nom du médicament	Dosage	8h	12h	18h	22h

Je, soussigné·e, _____
affirme que _____

- est actuellement en bonne santé psychique et physique ;
- est au bénéfice d'une assurance-accident ;
- sait qu'il·elle doit respecter les règles de savoir-vivre et de sécurité. L'Association du Scoutisme Genevois (ASG) décline toute responsabilité en cas de non-respect des consignes de sécurité.
- possède l'équipement nécessaire (vélo en bon état de marche, lumières, casque, habits adaptés,...) pour participer aux activités et au camp d'été.

Je m'engage à m'acquitter dans les délais la **cotisation de / le prix du camp de** _____ et toute autre contribution éventuelle demandée. Un problème d'ordre financier ne doit en aucun cas empêcher un·e scout·e de participer aux activités. Il est donc possible de solliciter un arrangement discret auprès des responsables si nécessaire.

Je m'engage à faire le nécessaire pour que **mon enfant participe / participer de manière régulière aux activités**. Toute absence dûment justifiée sera communiquée suffisamment à l'avance. Aucun remboursement ne peut être exigé en cas de non-participation ou de renvoi. Je m'engage à être joignable durant les activités et pendant le camp.

J'autorise les responsables de l'ASG :

- à prendre l'initiative de donner à mon enfant / me donner des médicaments sans ordonnance (par ex. antalgiques) en prenant en compte les différentes allergies ;
- à entreprendre toutes les mesures nécessaires, sans m'avoir contacté·e au préalable, pour une consultation médicale en cas d'urgence.

Durant les activités, des photos seront prises, notamment de votre enfant / de vous. Ces photos pourront être distribuées aux membres du groupe, aux parents et aux responsables du groupe ou servir à la publicité du groupe ou de l'ASG.

N'ayant pas de possibilité de stockage en frais et pour des raisons d'hygiène et de sécurité, les pique-nique doivent être composés de denrées non-périssables. L'ASG décline toute responsabilité en cas de non-respect de cette consigne.

J'atteste avoir rempli ce document de manière complète. Je vous transmets ce document par email à l'adresse

ainsi que la version originale signée par la poste, à l'adresse :

Lieu et date :

Signature des parents ou du répondant légal

Signature du scout