Photo

CAMPOREE UFB-FSRT 2020
Fiche personnel d'animation

NOM _____ Prénom _____ Sexe : F ❒ M ❒

NOM de jeune fille _____

Date de naissance __/__/__/__/__/__/__/__ Lieu _____

Nationalité _____

Adresse _____

CP __/__/__/__/__ Ville _____

Tél. fixe __/__/__/__/__/__/__/__/__/__ Tél. mobile __/__/__/__/__/__/__/__/__/__

E-mail _____ @ _____

Sécurité Sociale : Caisse de _____ N° _____

BAFA ❒ diplôme obtenu le __/__/__/__/__/__/__/__

❒ En formation

Autres diplômes : _____

Je déclare autoriser le directeur du camp à me faire opérer en cas d'urgence sous anesthésie générale* OUI ❒ NON ❒

A _____ Signature

Le _____

* En cas de contre-indication, fournir un certificat médical. En cas de refus pour des raisons personnelles, fournir une décharge signée (elle est obligatoire pour dégager le directeur du camp et implique le rapatriement immédiat). Si vous ne prenez pas expressément position, nous considérons que vous acceptez l'acte opératoire éventuel.