



Fiche d'inscription
Camp ADOS
Choose your Talent 14 au 24 juillet



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél. 1 : _____ Tél. 2 : _____

e-mail : _____ Date de naissance : _____

Poste : _____ Sexe : M / F

Nom du responsable légal :

Nom : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Frais

225€ pour un enfant, 430€ pour deux, 615€ pour trois et 780€ pour quatre enfants de la même famille.
Un acompte de 5euros par enfants est à verser au moment de l'inscription Le prix du camp est à verser avant le camp ou au plus tard à l'arrivée à Spa.

Signature du responsable légal :

Je donne mon accord pour que mon enfant participe au séjour :

Nom du séjour ; _____

1. Participe toutes les activités y compris les moments de réflexion spirituelle
2. Puisse être transporté dans les véhicules de l'Armée du Salut ou par une compagnie de transport en commun

J'autorise l'Armée du Salut à utiliser des photos, diapositives, vidéos où mon enfant apparaît,
pour la promotion de ses activités : **oui** **non** (cocher ce qui convient)

Signature des parents ou du responsable légal .Ecrire « lu et approuvé:

Date : _____ Signature _____

Taille de T-shirt pour votre enfant (entourer la taille choisie)

XS S M L XL



AUTORISATION D'UTILISATION ET DE PUBLICATION D'IMAGES

Je soussigné(e).....agissant en qualité de
Responsable légal de l'enfant :

Autorise l'Armée du Salut dont le siège est situé 34 place du Nouveau
Marché aux Grains 1000 Bruxelles

- A diffuser les photographies et vidéos sur lesquelles mon enfant
apparaît lors des activités organisées dans le cadre des séjours ou
tout au long de l'année, pour lui permettre de promouvoir ses activités
par tous les moyens actuels (vidéos, diaporamas, tracts, dépliants,
plaquettes, internet, réseaux sociaux...)

Cette autorisation concerne mon enfant :

Nom et prénom.....

Né(e) le

**Cette autorisation est valable pour une durée illimitée mais peut être
révoquée à tout moment à la demande du représentant légal**

Fait à..... Le

Signature du représentant légal

*Paiement CCP : Armée du Salut IBAN : BE 52 0000 0513 2209
avec en communication : Nom de l'enfant séjour été Spa*
Armée du Salut, Quartier Général National - Service de la Jeunesse
34, Place du Nouveau Marché aux Grains
1000 BRUXELLES
T : 02/513 39 04 - Fax : 02/513 81 49
e-mail : jeunesse@armedusalut.be

Renseignements médicaux

Ces renseignements sont confidentiels et réservés au service médical du camp.

S.V.P. Veuillez remplir, compléter ou modifier ce formulaire en lettres **capitales d'imprimerie**
Merci beaucoup !

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Séjour du _____

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ?

OUI - NON

D'une malformation ?

OUI - NON

Votre enfant doit-il recevoir des soins médicaux réguliers ?

OUI - NON

Si oui, lesquels ? _____

Prend-il des médicaments ? OUI - NON (**ATTENTION, ordonnance obligatoire, consigne ONE**)

Si oui, donnez le nom des médicaments : _____

Souffre-t-il d'allergies, y compris allergies alimentaires ? OUI - NON

Si oui, précisez-les : _____

Y a-t-il des renseignements médicaux importants concernant l'état de santé de votre enfant :
(Séquelles d'accident, pipi au lit, douleurs revenant régulièrement, etc...) _____

Y a-t-il des activités sportives auxquelles votre enfant ne peut pas participer ? OUI - NON

Si oui, précisez-les : _____

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos ?

OUI - NON

Date du dernier rappel : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

_____ Tél. _____

Merci d'attacher 2 vignettes au nom de votre enfant à ce formulaire.

Pour le séjour du _____, je soussigné(e) _____
autorise l'Armée du Salut à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires, y compris une
éventuelle intervention chirurgicale si le médecin l'estime indispensable.

De son côté, l'Armée du Salut s'engage à essayer de me contacter avant toute intervention.

Signature des parents ou du responsable légal : _____

Date : _____