



**Dossier d'inscription « Maîtrise »**

**A renvoyer complet à**

**Association des Guides et Scouts de Monaco  
19 avenue des Papalins  
MC 98 000 Monaco**

Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :		<input type="radio"/> Etudiant	<input type="radio"/> Vie active
Adresse :			
	Code postal :	Ville :	

	<b>Pièces à fournir</b>	<b>Observations</b>
<input type="checkbox"/>	Un extrait du casier judiciaire (de – de 3 ans)	
<input type="checkbox"/>	La fiche d'inscription	Avec une photo d'identité récente
<input type="checkbox"/>	Le règlement de la cotisation à l'ordre de l'AGSM (Rubrique « La cotisation » pour plus d'information)	Le montant de la cotisation est de <b>30 €</b> pour un Chef
<input type="checkbox"/>	Le bon de commande de l'uniforme La chemise de Chef de Branche est offerte	En cas de commande, établir un règlement séparé
<input type="checkbox"/>	La fiche sanitaire	Compléter le recto et le verso et ne pas oublier de signer au dos de la feuille
<input type="checkbox"/>	Le formulaire médical complété et signé	A faire compléter et signer par le médecin traitant
<input type="checkbox"/>	La photocopie du carnet de vaccination	
<input type="checkbox"/>	La photocopie de la pièce d'identité	
<input type="checkbox"/>	La photocopie du permis de conduire	Si applicable
<input type="checkbox"/>	La photocopie de diplôme d'encadrement ou BAFA	Si applicable
<input type="checkbox"/>	La photocopie de diplôme de secourisme comme le PSC1	Si applicable



## FICHE D'ADHESION MAITRISE

### LES COORDONNEES PERSONNELLES

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame		photo d'identité
Nom :		
Prénom :		
Date et lieu de naissance :    /    /                    à		
Nationalité :		
Religion :		
Diplôme d'encadrement scout ou BAFA :		
Situation actuelle : <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> activité professionnelle		
Si étudiant préciser la nature des études et l'année :		
Si activité professionnelle préciser la nature :		
Adresse du domicile :		
Code postal :		Ville :
Coordonnées portable :		WhatsApp :    oui / non
Coordonnées e-mail :		
<b>CONTACT D'URGENCE</b>		
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame		
Nom :		
Prénom :		
Lien avec le bénévole :		
Coordonnées portable :		Téléphone fixe :
Coordonnées e-mail :		

### FEUILLE DE VŒUX, DISPONIBILITES ET PROJETS

Merci de cocher les branches dans lesquelles vous souhaiteriez vous impliquer en tant que Chef :

Branche	X	Projet
Farfadets		
Louveteaux - Jeannettes		
Guides -Scouts		
Pionniers - Caravelles		
Compagnons		

Souhaitez-vous préparer un diplôme d'encadrement scout ?             oui             non

Décrivez les projets qui vous tiennent à cœur pour une branche ou pour l'AGSM : animation d'atelier, de conférence, proposition d'un lieu pour un week-end campé, projets....

### AUTORISATIONS

J'autorise les responsables de branche à prendre le cas échéant, toutes les mesures (soins médicaux, interventions chirurgicales, prise en charge par les pompiers, SAMU...) rendues nécessaires par mon état.

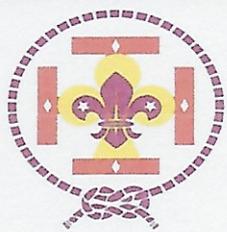
**Droit à l'image:** Dans le cadre des activités de l'Association des Guides et Scouts de Monaco:

- J'autorise la diffusion d'images sur lesquelles j'apparaîtrais.
- Je refuse que les images sur lesquelles j'apparaîtrais soient diffusées.

Date et signature :

En application de l'article 14 de la Loi n) 1,165 (CCIN) du 23 décembre 1993, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.





*Association des Guides et Scouts de Monaco  
sous la Présidence d'Honneur de S.A.R. la Princesse de Hanovre*

## CERTIFICAT MÉDICAL

ANNEE 20\_\_ /20 \_\_

Je soussigné(e), Docteur.....

certifie que M., Mme .....ne présente pas de symptôme de maladie contagieuse ou d'incompatibilité à la vie en collectivité et est apte aux activités proposées par l'association.

Fait à..... Le .....

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN TRAITANT



*L'Arche – 19, Avenue des Papalins – MC 98000 Monaco  
Tél. : (+377) 93-30-98-36*

*Mail : [secretariat@guides-scouts-monaco.asso.mc](mailto:secretariat@guides-scouts-monaco.asso.mc) – Site Internet : [www.guides-scouts-monaco.asso.mc](http://www.guides-scouts-monaco.asso.mc)*



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ADULTE

M.  Mme NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

Affiliation Sécurité sociale.....N° de Sécurité sociale.....

Mutuelle ..... N° de contrat .....

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à communiquer au personnel médical en cas d'accident grave et d'avoir un référent à contacter. Elle évite éventuellement de se munir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole – Oreillons - Rougeole	
poliomyélite		Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio		Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq			
BCG			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où la personne n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Est-ce que je dois suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, précisez les **médicaments** et éventuellement la posologie :

.....

.....

**Portez-vous une prothèse ou un élément métallique intra corporel**

oui non

**Quel est votre groupe sanguin ?**

A B AB O

**et le facteur rhésus :**

Rh+ Rh-

**ALLERGIES :** asthme : oui  non  médicamenteuse  oui  non

alimentaires : oui  non  autres : .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....

.....

.....

.....

T.S.V.P.



Avez-vous un protocole alimentaire particulier (Végétarien, végétalien, sans gluten, sans lactose...) Merci de préciser :

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

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre (*maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations*)

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

**RECOMMANDATIONS UTILES**

Préciser si il y aurait d'autres remarques utiles (porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires régime alimentaire particulier, etc... ?)

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

Affiliation Sécurité sociale.....	N° de Sécurité sociale.....
Mutuelle .....	N° de contrat .....

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse pendant le séjour : .....  
.....  
Numéros de téléphone : Portable : ..... Travail : .....  
autre : .....

Je soussigné, \_\_\_\_\_ **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise / n'autorise pas** (rayer la mention inutile) le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de la personne.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :