

**Dossier d'inscription « Compagnons » (18/22 ans)****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 :	

	Pièces à fournir	Observations
<input type="checkbox"/>	La fiche d'inscription	Avec une photo d'identité récente
<input type="checkbox"/>	La fiche d'inscription du ou des parents qui souhaitent soutenir l'AGSM et s'impliquer dans sa vie associative.	Dans le cas de la participation aux week-ends campés, il est vivement conseillé de joindre une fiche sanitaire adulte accompagnée de la photocopie du carnet de vaccination
<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 80 € par jeune. Elle inclut l'assurance des parents bénévoles qui participent aux activités
<input type="checkbox"/>	Il n'est pas demandé de règlement anticipé des activités qui seront proposées tout au long de l'année car les Compagnons écrivent leur programme et en établissent le budget.	Le règlement du camp d'été fera l'objet d'un règlement séparé.
<input type="checkbox"/>	Le bon de commande de la tenue	En cas de commande, établir un règlement séparé pour la tenue
<input type="checkbox"/>	La fiche sanitaire + la photocopie d'assuré social	Compléter le recto et le verso et ne pas oublier de signer au dos de la feuille
<input type="checkbox"/>	La photocopie du carnet de vaccination	
<input type="checkbox"/>	La photocopie de la pièce d'identité en cours de validité	
<input type="checkbox"/>	La photocopie du permis de conduire	Si applicable
<input type="checkbox"/>	La photocopie de diplôme d'encadrement/BAFA	Si applicable
<input type="checkbox"/>	La photocopie de diplôme de PSC1	Si applicable



FICHE D'ADHESION COMPAGNON + de 18 ans

LES COORDONNEES PERSONNELLES

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	<i>photo d'identité</i>
Nom :	
Prénom :	
Date et lieu de naissance : / / à	
Nationalité :	
Religion :	
Nombre d'années dans le scoutisme :	
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 (obligatoire pour raison administrative) :	

CONTACT D'URGENCE

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom :	
Prénom :	
Lien avec le parent bénévole :	
Coordonnées portable :	Téléphone fixe :
Coordonnées e-mail :	

FEUILLE DE VŒUX ET DISPONIBILITES

Merci de cocher les activités pour lesquelles l'AGSM peut solliciter votre expérience scout et votre aide :

DESCRIPTIF	CALENDRIER	A fournir
<input type="checkbox"/> Aide à l'animation	Réunion du samedi	
<input type="checkbox"/> Rangement du matériel	Selon disponibilités	
<input type="checkbox"/> Transport	Week-end campé	permis de conduire
<input type="checkbox"/> Paquets-cadeaux	Décembre	
<input type="checkbox"/> Fabrication sandwich + vente	Grand-Prix en mai	
<input type="checkbox"/> Intendance camp	juillet/août	

Indiquer d'autres activités, passions : atelier, conférence, proposition de lieu pour un week-end campé....

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.**



FICHE D'ADHESION PARENT BENEVOLE

Merci de compléter cette fiche d'inscription qui permet de vous enregistrer dans les membres actifs de l'AGSM et de vous faire bénéficier de l'assurance dans le cadre de son programme d'activités

LES COORDONNEES PERSONNELLES

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame		<i>photo d'identité</i>
Nom :		
Prénom :		
Date et lieu de naissance : / / à		
Nationalité :		
Religion :		
Situation actuelle : <input type="checkbox"/> parent au foyer <input type="checkbox"/> activité professionnelle		
Si activité professionnelle préciser la nature :		
Adresse du domicile :		
Code postal :	Ville :	
Coordonnées portable :	WhatsApp : oui / non	
Coordonnées e-mail :		

CONTACT D'URGENCE

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom :	
Prénom :	
Lien avec le parent bénévole :	
Coordonnées portable :	Téléphone fixe :
Coordonnées e-mail :	

FEUILLE DE VŒUX ET DISPONIBILITES

Merci de cocher les activités pour lesquelles l'AGSM peut solliciter votre aide :

	DESCRIPTIF	CALENDRIER	A fournir en +
<input type="checkbox"/>	Aide à l'animation	Réunion du samedi	
<input type="checkbox"/>	Rangement du matériel	Selon disponibilités	
<input type="checkbox"/>	Transport	Week-end campé	permis de conduire
<input type="checkbox"/>	Paquets-cadeaux	Décembre	
<input type="checkbox"/>	Fabrication sandwich + vente	Grand-Prix en mai	
<input type="checkbox"/>	Intendance camp	Juillet	

Indiquer d'autres activités, passions : atelier, conférence, proposition de lieu pour un week-end campé....

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.



BON DE COMMANDE TENUE ET INSCRIPTION

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____

FARFADETS		LOUVETEAUX JEANNETTES		GUIDES ET SCOUTS		PIONNIERS ET CARAVELLES		Compagnons	
Avoir 6 ans au cours du 1er Trim		> Ecole du CE2 au CM2		> Collège de la 6ème à la 4ème		> Collège 3ème et Lycée 2nde et 1ère		Avoir 18 ans avant le 30 juin	
qté	prix	qté	prix	qté	prix	qté	prix	qté	prix
Chemise : taille :	48 €	Chemise : taille :	48 €	Chemise : taille :	48 €	Chemise : taille :	48 €	Chemise : taille :	48 €
(tailles disponibles : 8-10 ans)		(tailles disponibles : 8a, 10a, 12a, 14a, 16a)		(tailles disponibles : 10a, 12a, 14a, 16a, tailles 1 ou 2)		(tailles disponibles : 14a, 16a, tailles 1, 2, 3, 4, 5, 6)			
+ Insignes à coudre		+ Insignes à coudre		+ Insignes à coudre		+ Insignes à coudre			
T-shirt		T-shirt		T-shirt		T-shirt			
Foulard	14 €	Foulard	14 €	Foulard	14 €	Foulard	14 €	Foulard	14 €
Bague de foulard	4 €	Bague de foulard	4 €	Bague de foulard	4 €	Bague de foulard	4 €	Bague de foulard	4 €
Livret : Joue /'escapade	10 €	Livret : Joue /'escapade	10 €	Livret : Ma boussole	10 €	Livret : Inukshuk	13 €	Livret : Compagnon de route	13 €
TOTAL 1		TOTAL 1		TOTAL 1		TOTAL 1		TOTAL 1	
ADHESION	80 €	ADHESION	80 €	ADHESION	80 €	ADHESION	80 €	ADHESION	80 €
FRAIS REUNIONS / ANNEE	60 €	FRAIS WEEK-END / ANNEE	135 €	FRAIS WEEK-END / ANNEE	135 €	FRAIS WEEK-END / ANNEE	135 €	FRAIS WEEK-END / ANNEE	Auto-financement
TOTAL 2		TOTAL 2		TOTAL 2		TOTAL 2		TOTAL 2	

LE PREMIER FOULARD EST OFFERT PAR L'AGSM

ans	ans	ans	ans	ans	ans	ans	ans	ans	ans
6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans
CP	CE1	CE2	CM1	CM2	6ème	5ème	4ème	3ème	2nd
									1ère
									18 ans et +
									17 ans
									18 ans
									18 ans et +

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ADULTE

M. Mme NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Code postal : Ville :

Portable : Email :

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	
OU DT polio		BCG	
OU Tétracoq		Autres (préciser)	

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 et il est nécessaire pour participer à des activités campées.

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 d'autres informations utiles (porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires régime alimentaire particulier, etc... ?)

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

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :
.....

Numéros de téléphone : Portable : Travail :
autre :

Je soussigné (e), _____ 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 mon état.

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

Date :