



CAMPOREE EXPLORATEUR EUD 2023

FICHE D'INSCRIPTION

31 Juillet au 5 Août 2023 ■ Date limite d'inscription : **31 mai 2023**

DETAILS DU PARTICIPANT	Prénom _____	Nom _____	Photo du participant
	Adresse _____		
	Code _____	Ville _____	
	Pays _____	Téléphone Mobile _____	
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	Fédération _____	
	Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____	Age au Camporee _____	
	Email _____	Nationalité _____	
	Besoin d'un visa <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Fonction <input type="checkbox"/> Explorateur <input type="checkbox"/> Animateur/Responsable ---> <input type="checkbox"/> Cocher si vous avez le BAFA ou équivalent		
	T-Shirt Garçon/Taille	<input type="checkbox"/> 12/14 ans <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL	
T-Shirt Fille / Taille	<input type="checkbox"/> 12/14 ans <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL		
TRADUCTION			
<input type="checkbox"/> Pas besoin depuis l'anglais <input type="checkbox"/> J'ai besoin de traduction en (spécifier la langue) _____			

ASSURANCE	Tous les participants doivent être couverts par une assurance. L'UFBIA souscritra une assurance rapatriement pour tous. Par contre, vous devez avoir :
	<input type="checkbox"/> Je certifie avoir une assurance Responsabilité civile et à jour de mon assurance maladie pour moi (animateur) ou mon enfant (parent).
	<input type="checkbox"/> Je m'engage à fournir à mon enfant une carte européenne d'assurance maladie durant le séjour.

PARENTS / REPRESENTANT LEGAL	Je donne l'autorisation à mon enfant d'assister à cet événement et de participer aux activités organisées, sauf indication contraire. Je m'engage à informer les responsables en cas de changement dans les informations données.	
	Nom et prénom du père/tuteur (si le demandeur a moins de 18 ans) : _____	
	Nom et prénom du mère/tuteur (si le demandeur a moins de 18 ans) : _____	
	Téléphone du père : _____	Téléphone de la mère : _____
	Email _____	Téléphone fixe _____
	Signature du père _____ Signature de la mère _____	
	Date (jj/mm/aaaa)	

PHOTO & VIDEO CONSENTEMENT MINEURS	La réglementation actuelle relative à la protection de l'enfance et à la prise de photos/vidéos de jeunes gens exige que nous obtenions votre consentement, en tant que tuteur légal de l'enfant, pour toute photo prise incluant votre fils/fille et utilisée dans une publication en ligne ou imprimée. Les enfants ne seront pas identifiés individuellement, mais la délégation à laquelle ils participent peut être nommée.
	Veillez cocher ici pour indiquer votre consentement
	<input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation des images et des vidéos dans lesquelles mon enfant apparaît pour le matériel graphique, audiovisuel, les médias sociaux et le site web, le cas échéant, appartenant à la Division Intereuropéenne. <input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation des images et des vidéos dans lesquelles mon enfant apparaît pour inclusion dans AME (Adventist Media Exchange), le site officiel d'images de stock de l'église SDA pour tous les responsables de la communication adventiste qui souhaitent partager des photos d'événements et les utiliser dans des articles officiels de l'église.



14th EUD
CAMPOREE
 GERMANY 
 31 JULY - 5 AUGUST 2023
 eudcamporee.org

#FollowMe

SHARE YOUR STORY



Prénom et nom

CONSENTEMENT AUX ACTIVITÉS POUR MINEURS

À remplir par le parent/tuteur si le participant a moins de 18 ans.

Votre enfant est-il conscient des risques dans l'eau ? oui Non

Votre enfant est-il un bon nageur ? Oui Non

Toutes les activités seront répertoriées sur le site Web du Camporee : eudcamporee.org au printemps 2023

CONSENTEMENT À L'INSCRIPTION

Je confirme que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont correctes. À signer par les parents/tuteur pour les mineurs et par les participants âgés de 18 ans et plus.

Le département de la jeunesse de l'EUD collecte et traite des informations sur toutes les personnes qui participent à nos événements. Ces informations sont collectées sur la base du consentement et sont utilisées à des fins essentielles pour le déroulement de l'événement, qui peuvent inclure : l'envoi de rappels, l'enregistrement des présences, la confirmation du paiement des frais, la garantie de la sécurité et la fourniture de services supplémentaires, y compris un soutien pastoral. Les informations personnelles recueillies pour un événement spécifique seront conservées jusqu'à cinq ans et pourront être utilisées pour promouvoir des événements futurs.

Les personnes ont le droit de demander à consulter toute information détenue à leur sujet par le département de la jeunesse de l'EUD en soumettant une "demande d'accès" au département. Ils ont le droit de demander que les informations qu'ils estiment incorrectes soient rectifiées et, dans certaines circonstances, que toutes les informations les concernant soient supprimées.

Je m'engage à soutenir toutes les activités et à respecter la philosophie de l'Église adventiste du septième jour pendant ma participation à cet événement.

Ma réponse:

- Je suis d'accord avec les déclarations ci-dessus et je donne mon accord pour le traitement de mes données / celles de mon enfant (dans le cas d'un mineur, le tuteur légal doit donner son accord).
- Je ne suis pas d'accord avec les déclarations ci-dessus et je n'autorise pas le traitement de mes données (notez que si vous choisissez cette option, nous ne pouvons pas traiter votre demande et vous ne pourrez donc pas participer à l'événement).
- J'autorise l'utilisation des photographies et des vidéos** dans lesquelles j'apparais/mon enfant apparait pour le matériel graphique, audiovisuel, les médias sociaux et le site web, **le cas échéant, par la Division Inter-Européenne.**
- J'autorise l'utilisation des photographies et des vidéos** dans lesquelles j'apparais/mon enfant apparait pour des inclusions dans AME (Adventist Media Exchange), le site officiel d'images de l'église SDA pour tous les responsables de la communication adventiste qui souhaitent partager des photos d'événements et les utiliser dans des articles officiels de l'église.

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

UNIQUEMENT POUR L'UNION

Union / Conference name

Youth Director name

I recommend the above person for Camporee attendance.

Date (dd/mm/yyyy) Signature

A TELECHARGER L'ORS DE L'INSCRIPTION POUR LA VALIDATION

Dès que possible ! Mais au plus tard **le 31 mai 2023**



INFORMATIONS MEDICALES

Prénom et Nom		Téléphone en cas d'urgence	
---------------	--	----------------------------	--

ALLERGIES	<input type="checkbox"/> Ne présente aucune intolérance ou allergie connue <input type="checkbox"/> Intolérante _____
	Allergique à : <input type="checkbox"/> Médicaments Précisez _____
	<input type="checkbox"/> Aliments Précisez _____
	<input type="checkbox"/> Pollen, végétaux ou animaux Précisez _____
Autres allergies: _____	

DIÉTÉTIQUE	<input type="checkbox"/> Suit un régime alimentaire normal <input type="checkbox"/> A des restrictions alimentaires
	Directives diététiques spéciales (uniquement si nécessaire) : _____ _____ _____

MALADIE CHRONIQUE	<input type="checkbox"/> Ne souffre d'aucune maladie chronique <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux _____		
	Souffre (cochez les options nécessaires)	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Saignements de nez
	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/> La maladie cœliaque	
	<input type="checkbox"/> Infections auriculaires fréquentes	<input type="checkbox"/> Diabète	
	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Hyperactivité TDAH	
	<input type="checkbox"/> Affections de la peau	<input type="checkbox"/> Somnambulisme	
	<input type="checkbox"/> Enurésie		
	<input type="checkbox"/> Autre _____		
	Indiquez le traitement en cas de crise de l'une de ces maladies (joignez un rapport médical)		
	_____ _____		

VACCINATIONS ET AUTRES	Médicaments pendant le camporee <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Pour quelle pathologie ? _____	
	Quel médicament ? _____	
	Quel est le dosage ? _____	
	Tout médicament nécessaire pendant le voyage doit être clairement étiqueté avec le nom et les détails de la posologie exacte et doit être remis au responsable (si vous avez moins de 18 ans).	

	Entièrement vacciné ? (seulement si absolument certain) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Vaccination contre le tétanos ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date (jj/mm/aaaa) _____	
Mon enfant a-t-il des poux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement antipoux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

NOTE AUX REPRESENTANTS LEGAUX : S'il s'avère nécessaire que votre enfant reçoive un traitement médical autorisé par un médecin et que vous ne pouvez pas être contacté par téléphone ou par tout autre moyen pour l'autoriser, veuillez signer ci-dessous pour indiquer votre consentement à tout traitement médical nécessaire et autoriser le responsable de l'événement (ou en son absence l'un des responsables adjoints) à signer tout document requis par les autorités hospitalières.

Date (jj/mm/aaaa)

Signature