

## Photo-passport

Tu peux aussi envoyer ta photo par mail:

[aula@smsv.ch](mailto:aula@smsv.ch)

Ajouter nom et prénom sur la photo.

## Questionnaire

Pour participante et participant de l'AULA (de la 1ère à la 5ème classe)

Classe 1    Classe 2    Classe 3    Classe 4    Classe 5

### Participant/-e:

Nom:

Prénom:

Rue:

CP:

Lieu:

Tel:

Mobile:

E-Mail:

Date de naissance:

Numéro-AVS:

*Le numéro AVS se trouve sur la carte d'assurance maladie*

Sexe:

Féminin  
 Masculin

Nationalité:

Vegetarien/ienne:

OUI  
 NON

Taille T-Shirt:

S    M    L    XL    XXL

Assurance maladie\*:

Assurance accident\*:

Assurance RC\*:

Maladie (z.B. Diabète, Asthme, Épilepsie)\* \*:

Allergie (z.B. Médicament, Nourriture)\* \*:

Autre:

\*) Les assurances sont la responsabilité du participant, respectivement des représentants légaux

\*\*\*) Les médicaments peuvent être déposés à la direction du camp (avec des indications précises concernant la médication). La direction du camp surveillera la prise de ceux-ci (conseillé pour des médicaments qui doivent être pris régulièrement)

**Clause de non responsabilité : Pour des indications manquantes, incomplètes et la prise non correcte des médicaments, la direction du camp ne prend aucune responsabilité.**

### Voyage:

- Voyage accompagné en car dès le point de rassemblement à Berne (L'arrivée à Berne est une affaire privée)
- Je souhaiterais une carte bleue pour le voyage en transport public jusqu'à Berne (pour les participants ayant plus que 16 ans, sans demi-tarif ni abonnement général)
- Voyage à titre privé (en voiture) jusqu'à Lenk au Simmental
- Voyage à titre privé (en transports public) jusqu'à Lenk au Simmental

Tourner la page 

## Protection des données

Nous mettons ton nom et ton adresse à disposition du SSTS (notre société) et à ses sections et également à la SCR et DDPS. Il est possible que nous utilisions des photos ou films du camp où tu es visible à des fins publicitaires. Avec ta participation au camp, tu acceptes cela explicitement.

Toutes les autres données de cette feuille seront traitées de manière confidentielle et ne sont disponibles que pour la direction du camp.

## Secret médical

Si tu tombais malade dans le camp ou si tu aurais un accident, tu serais traité par le médecin sur place ou un médecin/hôpital local. Il est important pour la co-direction du camp, qu'ils puissent obtenir les informations nécessaires concernant l'AULA.

Je libère le médecin traitant de l'AULA de l'obligation de secret médical et conviens que les informations nécessaires peuvent être obtenues par la co-direction du camp (Jakob Bähler/Marina Geissbühler). Les informations sont traitées strictement confidentielles par la co-direction.

## Parents/responsable légale si moins de 18 ans :

### Personne de contact si plus de 18 ans :

Nom:

Prénom:

Rue:

CP / Lieu:

/

Tel.

Mobile:

E-Mail:

Atteignable durant le camp Tel / Mobile:

Remarques:

**OUI, les règles du camp ont été lues et pris notes.**

En apposant ma signature, je confirme avoir lu les informations ci-dessus et les acceptes. De plus, je confirme avoir rempli le formulaire correctement.

Lieu / Date:

/

Signature participant:

Si le participant n'a pas encore 18 ans :

Lieu / Date:

/

Signature parents / responsable légale:

