**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 3ème classe)

**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)  Voyage accompagné en car au point de rassemblement à Zurich (L’arrivé à Zurich est une affaire privée)  Voyage accompagné avec le car au point de rassemblement à Sargans (L’arrivé à Sargans est une affaire privée) | | | | | | | | | | | | |
| Je souhaiterais une carte bleue pour le voyage en transport public jusqu'à Berne, Zurich, Sargans ou S-chanf   (pour les participants ayant plus que 16 ans, sans demi-tarif ni abonnement général) | | | | | | | | | | | | |
| Voyage à titre privé (en voiture) jusqu'à S-chanf GR  Voyage à titre privé (en transports public) jusqu'à S-chanf GR | | | | | | | | | | | | |

Tourner la page

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 disponible 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 convient que les informations nécessaires peuvent être obtenues par la co-direction du camp (Jakob Bähler/Marina Geissbühler). Les informations sont traitées strictement confidentielle par la co-direction.

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

**Personne de contacte 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: |
| / |  |  |