

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 2025

- Team Guisan (1f)  Team Guisan (2f)  Team Guisan (3f)  Team Adrien Hefti (4f)  
 Team Bächtold (5f)

**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:

Végétarien/iennne:

- 
- OUI
- 
- 
- NON

Taille T-Shirt:

- 
- S
- 
- M
- 
- L
- 
- XL
- 
- XXL

Abonnement CFF

- 
- Abonnement demi-tarif
- 
- Abonnement général

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 :**

- Trajet accompagné en train de Lausanne au point de rassemblement à Zurich (L'arrivée à Lausanne est une affaire privée)  
 Voyage accompagné en car dès le point de rassemblement à Berne (L'arrivée à Berne est une affaire privée)  
 Voyage accompagné en car dès le point de rassemblement à Zurich (L'arrivée à Zurich est une affaire privée)  
 Je souhaiterais une carte bleue pour le voyage en transport public jusqu'à Lausanne, Berne, Zurich 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 direction du camp, qu'ils puissent obtenir les informations nécessaires concernant l'AULA.

Je lib re le médecin traitant de l'AULA de l'obligation de secret médical et convient que les informations nécessaires peuvent être obtenues par la direction du camp (Jakob B hler). Les informations sont traitées strictement confidentielle par la 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: