

ATLANTIS XIII

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Les participants doivent remplir la totalité de ce formulaire d'inscription.

DONNÉES DU PARTICIPANT

PRÉNOM						
NOM						
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		SEXE	M	☐	F	☐
Société Nationale		Responsabilité au sein de CR/CR	Employé(e) ☐ Bénévole ☐			
Code postal		Ville:				
Pays		Nationalité :				
<u>COORDONNÉES</u> (*numéros complets y compris code indicatif international)						
Téléphone portable *						
Téléphone professionnel *						
Téléphone fixe *						
Courriel						
Skype						
<u>NIVEAU DE CONNAISSANCE DES LANGUES</u>						
ANGLAIS	☐ débutant	☐ intermédiaire	☐ avancé	☐ langue maternelle		
FRANÇAIS	☐ débutant	☐ intermédiaire	☐ avancé	☐ langue maternelle		
Taille de T-shirt (s'il vous plaît encrer votre taille)	XS – S – M – L – XL					

Autorisation de la Société nationale (OBLIGATOIRE POUR TOUS LES PARTICIPANTS)

Le signataire (prénom et nom) _____

Poste: _____

AUTORISE

La participation du/de la candidat(e) ci-dessus au Camp Méditerranéen de la Jeunesse "Atlantis XIII"

Signature



Si vous avez besoin du visa pour Chypre, prière de remplir le formulaire ci-dessous dans le but de vous faire parvenir une lettre officielle d'invitation. Merci de bien vouloir ajouter une copie de la première page de votre passeport ainsi qu'une photo d'identité ou bien de les envoyer séparément.

Numéro du passeport		Lieu d'émission	
Émis le (jj/mm/aaaa)		Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	
Coordonnées de l'ambassade de Chypre dans votre pays			

Prière de bien vouloir indiquer le nom et les coordonnées complètes de la personne à contacter en cas d'urgence pendant le camp de la jeunesse

CONTACT EN CAS D'URGENCE					
Nom et Prénom				Relation	
Adresse complète					
Code postal		Ville		Pays	
Numéro de téléphone	1)		2)		3)
Courriel					

BESOINS SPÉCIFIQUES - (Veuillez préciser s'il vous plaît)			
Allergies			
Spécificités alimentaires (toutes intolérances ou obligations religieuses)		Végétarien(ne)	☐ oui
		Végan(e)	☐ oui
Traitements médicaux à suivre (par jour, semaine ...) :			
Intolérances médicales :			
Veuillez bien préciser tout autre besoin :			

'Tous les participants sont priés d'envoyer au CCM une copie scannée de leur assurance voyage / maladie. Les participants titulaires d'une carte européenne d'assurance maladie sont également priés de nous faire parvenir une copie scannée'

Veuillez rédiger un petit paragraphe de motivation pour participer à ce camp

Dans quels programmes de votre Société nationale êtes-vous engagé(e)s?
Quels sont les objectifs et attentes de votre participation à ce camp?
Quelle sera votre contribution à la réussite du cours d'apprentissage?
Comment allez-vous utiliser les connaissances acquises durant le camp pour bénéficier les sections jeunesse de votre Société nationale?
Expériences internationales précédentes:

Veuillez bien prendre note des conditions suivantes pour participer au cours de formation

Je m'engage à participer au processus entier de formation, y compris:

- la préparation soignée pour le cours et à suivre toute la préparation à distance que l'équipe me demandera ;
- participer de manière assidue pendant toute la durée du cours ;
- la participation effective à l'évaluation et au processus de suivi.

J'assume toute ma responsabilité pour souscrire un contrat d'assurance santé et voyage. Je comprends que les informations que j'ai données sur mes besoins particuliers n'excluent pas ma propre responsabilité à assurer tout accident de santé.

Date: _____

Signature: _____

Veuillez retourner le formulaire de candidature dûment rempli **par e-mail** :

Centre pour la Coopération en Méditerranée
C/ Joan d'Àustria 118-120
08018 Barcelone, Espagne

Courriel : bany.egusquiza@cuzroja.es
mediterraneo@cuzroja.es

tel: +34.93.302.15.85

**La date limite pour les inscriptions est
le 22 mai**

REPUBLIC



OF CYPRUS

Photo

Stamp Embassy or
Consulate

Application for Visa

This application form is free

1. Surname(s) (family name(s))			FOR EMBASSY/ CONSULATE USE ONLY Date application: File handled by: ☐ Valid passport ☐ Financial means Valid until ☐ Invitation ☐ Means of transport ☐ Health insurance ☐ Other :														
2. Father's name																	
3. First names (given names)																	
4. Date of birth		5. Place and country of birth															
6. Current nationality		7. Original nationality (nationality at birth)															
8. Number of passport		9. Issued by															
		10. Date of issue															
11. Current occupation		12. Employer's address and telephone number															
13. Sex ☐ Male ☐ Female		14. Marital status ☐ Single ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Widow(er) ☐ Other															
15. Spouse's name and surname		16. Spouse's date / place of birth															
		17. Spouse's nationality															
18. Children <table border="1"> <thead> <tr> <th>Surname</th> <th>Name</th> <th>Date of birth</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Surname	Name	Date of birth	1.			2.			3.			4.		
Surname	Name	Date of birth															
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
19. Type of visa ☐ Individual ☐ Collective		20. Type of Visa : ☐ Airport transit ☐ Transit ☐ Short stay ☐ Long stay															
		21. Number of entries requested ☐ Single entry ☐ Two entries ☐ Multiple entries															
22. Other visas for Cyprus / Schengen States		23. Purpose of travel															
24. Date of arrival		25. Date of departure															
26. Persons for recommendation during the stay / Address and telephone																	
27. Means of support during your stay ☐ Cash ☐ Travellers' cheques ☐ Credit cards ☐ Hosted guest ☐ Prepaid tourist package ☐ Other (specify)																	
28. Present address and telephone number																	
29. Place and date		30. Signature															