**ATLANTIS XIV**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

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

**INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRÉNOM | | | |  | | | | | | | | | |
| NOM | | | |  | | | | | | | | | |
| Date de naissance  (jj/mm/aaaa)  Veuillez noter que l'âge minimum pour participer au camp est de 18 ans. | | | |  | | SEXE M F | | | | | | | |
| Société nationale | | | |  | | Responsabilité au sein de CR/CR | | | | Employé(e) Bénévole | | | |
| Adresse personnelle | | | |  | | | | | | | | | |
| Code postal | | | |  | | | Ville: |  | | | | | |
| Pays | | | |  | | | Nationalité : | | | |  | | |
| **COORDONNÉES*\* numéros complets y compris code indicatif national*** | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone portable **\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| Téléphone professionnel **\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| Téléphone fixe **\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| Courriel | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **NIVEAU CONNAISSANCE LANGUES** | | | | | | | | | | | | |
| ANGLAIS | débutant | | | | intermédiaire | | | | avancé | | | langue maternelle |
| FRANÇAIS | débutant | | | | intermédiaire | | | | avancé | | | langue maternelle |
| Taille de T-shirt | | XS – S – M – L – XL | | | | | | | Indiquer ici: | | |  |

***‘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.***

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

Le signataire (prénom, nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORISE**

La participation du/de la candidat(e) ci-dessus au Camp Méditerranéen de Jeunesse “Atlantis XIV”

Signature

**Si vous avez besoin d'un visa pour Espagne, 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 de passeport |  | | Lieu d’émission |  |
| Émis le (jj/mm/aaaa) |  | | Date d’expiration  (jj/mm/aaaa) |  |
| Coordonnées de l’ambassade d’Italie 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 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 |
|
| Traitements médicaux à suivre (par jour, semaine …) : | | | |
|  | | | |
| Intolérances médicales : | | | |
|  | | | |
| Veuillez bien préciser tout autre besoin : | | | |
|  | | | |

**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 soigneuse 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.

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

**Centre pour la Coopération en Méditerranée**

**C/ Joan d’Àustria 120-124**

**08018 Barcelone, Espagne**

**Courriel :** [bany.egusquiza@cruzroja.es](mailto:bany.egusquiza@cruzroja.es)

[mediterraneo@cruzroja.es](mailto:mediterraneo@cruzroja.es)

**tel: +34.647.687.925**

**La date limite pour les inscriptions est le 9 avril**

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_