



## DOSSIER D'INSCRIPTION

Photo

Photos des pers.  
supplémentaires

|                                                                            |     |        |                              |                              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|--------|------------------------------|------------------------------|
| <b>N° d'adhérent</b>                                                       | Nom |        | Prénom                       |                              |
| Date de naissance                                                          |     |        | Nationalité                  |                              |
| Adresse :                                                                  |     |        |                              |                              |
|                                                                            |     |        |                              |                              |
|                                                                            |     |        |                              |                              |
| Numéro de téléphone                                                        |     |        |                              |                              |
| Etes-vous inscrit à l'Ambassade sur le registre des Français de l'étranger |     |        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Numéro de carte consulaire (vérifiez la date de validité de votre carte)   |     |        |                              |                              |
| <b>SANTE &amp; ASSURANCE</b>                                               |     |        |                              |                              |
| Etes-vous couvert par un contrat d'assurance santé                         |     |        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui laquelle                                                            |     |        |                              |                              |
| Etes-vous enregistré dans un hôpital                                       |     |        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui lequel                                                              |     |        |                              |                              |
| Avez-vous un médecin traitant                                              |     |        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Suivez-vous un traitement médical                                          |     |        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Avez-vous des allergies                                                    |     |        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Lesquelles ?                                                               |     |        |                              |                              |
| <b>PERSONNES SUPPLEMENTAIRES (fournir une photo pour chaque personne)</b>  |     |        |                              |                              |
| <b>ADULTE</b>                                                              |     |        |                              |                              |
| Nom                                                                        |     | Prénom |                              | Lien (famille, ami...)       |
| Numéro de téléphone                                                        |     |        | Mail                         |                              |
| <b>ENFANT</b>                                                              |     |        |                              |                              |
| Nom                                                                        |     | Prénom |                              | Lien                         |
| Numéro de téléphone                                                        |     |        | Mail                         |                              |
| Nom                                                                        |     | Prénom |                              | Lien                         |
| Numéro de téléphone                                                        |     |        | Mail                         |                              |
| Nom                                                                        |     | Prénom |                              | Lien                         |
| Numéro de téléphone                                                        |     |        | Mail                         |                              |
| Nom                                                                        |     | Prénom |                              | Lien                         |
| Numéro de téléphone                                                        |     |        | Mail                         |                              |
| Nom                                                                        |     | Prénom |                              | Lien                         |
| Numéro de téléphone                                                        |     |        | Mail                         |                              |
| <b>AUTORISATION DIFFUSION (site...)</b>                                    |     |        | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |