

**U.P.I - SAR EL**

Tel: 01 44 15 23 21 ou 26

10 Place de Catalogne

Fax: 01 47 70 21 32

75014 PARIS

e-mail : upisarel.mce@free.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION PROGRAMME "MAOF"

J'ai déjà effectué un volontariat oui non En quelle année:.....

Nom : Prénom :

Date de naissance Lieu de naissance.....

Adresse :

CP : Ville Tel dom :

Tel prof : Mobile : Tel en Israël:.....

E mail :(Lettre capitale).....

Nationalité.....

N° de passeport (comportant 2 lettres) Expire le : .../.../.....

Etudiant en : Etablissement :

Ou Profession:

Sexe (M/F): Statut familial (C / M / D / V):

Nom de la formule souhaitée (MAOF ou MAOF+)		COORDONNEES DU TRANSPORT AERIEN	
PROGRAMME "M.A.O.F"	P.A.F	NOM ET LIEU DE L' AGENCE DE VOYAGE	
Comprend le transport aérien , l'inscription, les frais de séjour . (hors extension du 21 au 25 Août - Eilat)	785 €	DATE DE DEPART	
		HEURE DE DEPART	
EXTENSION EILAT au ROYAL TULIPE du 21 au 25 Août	P.A.F	DATE D' ARRIVEE	
4 nuits, chambre triple en BB: 280€		HEURE D' ARRIVEE	
4 nuits, chambre double en HB: 440€		COMPAGNIE	
TOTAL A REGLER		N° DE VOL (arrivant à Tel Aviv):	

OBSERVATIONS DU PARTICIPANT

Si vous désirez être avec des amis vous devez nommer entre vous un chef de groupe unique et inscrire son nom et prénom ci-dessous.

Nom :

Prénom :

Si vous partez avant en Israël

Indiquez impérativement ci-dessous votre mail ou un numéro de téléphone en Israël afin de vous communiquer les coordonnées du Rendez vous .

par mail:.....

par tel n°:.....

OBSERVATIONS (réservé à U.P.I.- SAR EL)

Entretien fait le :

Par:

Nom:.....

Prénom:.....

CERTIFICAT MEDICAL (Ne pas remplir si un volontariat a été effectué dans les 6 mois)

Au médecin consultant :

Votre appréciation relative à la santé physique et mentale du candidat est essentielle à la décision pour son acceptation ou non au volontariat. Elle peut donc lui éviter des désagréments ainsi qu'à notre organisation. Merci de toute l'attention que vous accorderez au formulaire ci-dessous.

ANTECEDENTS MEDICAUX:

Cœur:.....Poumons:.....

Reins:.....Maladie neuro-psychiatrique:.....

Épilepsie:(non, oui):.....Hospitalisation supérieure à 1 mois:(non, oui):.....

Transfusion sanguine (non, oui).....Appareil digestif:

Endocrinologie:.....Tension artérielle.....

Vue.....Ouïe.....

Allergies à la pénicilline (non, oui).....

Autres:.....

Traitement en cours:.....

Contre indication:.....

Vaccin: Antitétanique fait le:.....Hépatite B:..... Polio:

.....Autre.....Groupe sanguin:..... Rhé-

sus.....

ETAT PHYSIQUE GENERAL Bon Moyen Mauvais

ETAT MENTAL GENERAL Bon Moyen Mauvais

APTITUDE A LA VIE COLLECTIVE Bon Moyen Mauvais

Je, soussigné(e),

Docteur en médecine certifie que M.....

Ne présente aucune contre indication au travail physique, à la chaleur et au voyage en avion.

Médecin traitant : **oui** **non** (Rayer la mention inutile)

Date , signature et cachet du médecin:

ATTESTATION COMMUNAUTAIRE

L'ancien volontaire en est dispensé. Cette attestation ne sera remplie que si le nouveau volontaire ne peut fournir une pièce justificative de son appartenance à la communauté telle que la Kétouba ou autre.

Je soussigné.....

atteste par la présente que M.....

fait partie de la communauté.

Nom et prénom du signataire:.....

Fonction:..... Tel:.....

Date, signature et cachet

ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Notez ci-dessous les coordonnées de votre assistance médicale à l'étranger. (Cette assurance est comprise dans vos polices: Auto, Domicile ou Carte de crédit.) Le cas échéant, il est possible aussi de souscrire une assurance médicale et/ou annulation auprès de votre agent de voyage.

Nom de l'organisme:.....N° de police

Tél de l'assistance à appeler de l'étranger (00.33.....).....

Nom et Téléphone de la famille à contacter en cas d'urgence:.....

.....