

DOSSIER DE CANDIDATURE—NATI

A retourner à UPI-SAR EL/Programme NATI - 10 Place de Catalogne 75014 Paris

J'ai déjà effectué un volontariat en Israël oui non

Nom : Prénom :

Né(e) le:...../...../..... à: Sexe (M.F):.....

Adresse :

CP : Ville : Tel Dom:

Mobile du volontaire: Tel supplémentaire:.....

E-mail (En lettre capitale):.....

Nationalité:..... N° de passeport:.....Expire le:...../...../.....

Etudiant en :Etablissement:..... Ville:.....

PERIODE COMPLETE (Voir documentation)		P.A.F	TRANSPORT AERIEN INDIVIDUEL	
DU / / AU / /		150 €	Renseignements à nous transmettre immédiatement et au plus tard 15 jours avant le départ	
Nom de la Formule:			Je vais réserver mon billet à l'agence « Partirenisraël »	
Noter les Extensions souhaitées et leurs P.A.F Week-end: 99€ Découverte :399 € Gadna:225€ <i>Les prix de la semaine découverte et Gadna comprennent déjà le prix du week-end.</i>			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
P.A.F			COMPAGNIE	
Week end	Duau		ESCALE à	
Week end	Duau		N° du VOL arrivant à TEL AVIV	
Découverte	Duau		DATE D'ARRIVEE à TEL AVIV	/ /
Gadna	Duau		HEURE D'ARRIVEE à TEL AVIVh.....
Extrême	Duau		DATE RETOUR	/ /
Assurance	Nombre de semaines X 5€		DECOLLAGE RETOURh.....
TOTAL				

SI VOUS PARTEZ AVANT EN ISRAEL

Noter impérativement votre mail et ou votre téléphone en Israël pour vous communiquer les informations du rendez vous à Ben Gourion:

- Par mail.....
 Par téléphone...N°.....

ENGAGEMENT DU VOLONTAIRE

Je certifie avoir pris connaissance du règlement et le respecter dans sa totalité.

Je m'engage à effectuer mon volontariat avec sérieux et responsabilité.

Je suis conscient/e qu'un comportement non conforme aux instructions de mes supérieurs et au règlement entrainera mon exclusion du programme.

Signature :

OBSERVATIONS (réservé à l'organisateur)

Nom:..... Prénom:..... Date de Volontariat:.....

CERTIFICAT MEDICAL

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 programme. 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 neuropsychiatrique:.....
Épilepsie:(non, oui):.....
Hospitalisation supérieure à 1 mois:(non, oui):.....
Transfusion sanguine (non, oui):.....
Appareil digestif:.....
Endocrinologie:.....
Vue.....Ouille.....
Tension artérielle.....
Allergies à la pénicilline (non, oui).....
Autres:.....
Traitement en cours:.....
.....
.....

Contre indication:.....

Vaccin: Antitétanique fait le:.....

Hépatite B:..... Polio:.....

Groupe sanguin:.....Rhésus.....

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

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

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné M.....

Mère Père Tuteur autorise mon enfant à participer au programme « **NATI** » en Israël.

J'autorise mon enfant à se déplacer par ses propres moyens pour les weekends qu'il n'aura pas pris en option.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement et m'engage à le respecter.

Je dégage l'organisateur de toutes responsabilités pour les dommages survenus suite à un comportement du participant non conforme aux instructions des responsables et au règlement.

En cas de renvoi de mon enfant:

J'atteste qu'aucun remboursement ne sera effectué.

Je m'engage à le récupérer dans un délai ne dépassant pas 72 heures

et à assurer les frais de séjour et de transport jusqu'à son retour en France.

La personne à prévenir en cas d'urgence (obligatoire)

Nom:.....Tel:.....

Signature

GROUPES D'AMIS

Les volontaires qui désirent être ensemble dans la base doivent désigner un des amis comme chef de groupe et le signaler dans la rubrique ci dessous. Les personnes qui n'auront pas désigner le même chef de groupe ne seront pas ensemble.

Le groupe d'amis ne doit pas dépasser 5 personnes et doivent choisir la même formule.

Pour des groupes d'amis plus importants nous contacter.

Nom du Chef de groupe	Son prénom	Sa date de naissance