



Veilleurs des tours en Thiérache

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2026

IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tel Fixe : _____ Portable : _____
Courriel : _____ @ _____
N° de contrat d'assurance : _____ Agence : _____
Equipe souhaitée : _____

Je suis disponible pour les dates de représentations suivantes :

- ☐ 19 septembre 2026
- ☐ 20 septembre 2026

☐ Sauf situation particulière signalée au préalable à l'organisateur, je m'engage à participer aux répétitions les 4 (en soirée), 5, 6 septembre/ 11 (en soirée), 12 et 13 septembre/ 16, 17 et 18 septembre (en soirée)

Je m'engage sur :

- ☐ l'église de Esquéhéries
- ☐ l'église de Chaourse

DOMAINE(S) DE COMPETENCES CHOISI(S) :

☐ Figuration ☐ Comédiens amateurs (stages dans l'année) ☐ Montage/Démontage ☐ Accueil / Contrôle des billets ☐ Technique son et lumière	☐ Couture ☐ Accessoires, décors ☐ Communication /Pôle vidéo ☐ Sécurité ☐ Compétence particulière (préciser) : _____
--	--

ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

JE, SOUSSIGNE(E) : M. ou Mme _____

(Cocher les cases)

- ☐ Certifie avoir pris connaissance de la « Charte du Participant » et du Règlement intérieur (voir mail) et m'engage, par la présente, à la respecter et à la faire respecter par mes accompagnant(e) (s)
- ☐ Je dégage de toute responsabilité les organisateurs pour toute faute imputable au non-respect, par moi ou mon enfant mineur, des consignes données.
- ☐ Déclare autoriser, par la présente, l'organisateur de la manifestation historique à utiliser toutes les photos et/ou vidéo prises lors de cette manifestation sur lesquelles je parais à des fins, même commerciales, en rapport avec la promotion de ladite manifestation.
- ☐ En cas d'urgence médicale, je prends acte que les organisateurs s'assureront de mon transfert (ou celui de mon enfant s'il s'agit de l'inscription d'un mineur) au Centre Hospitalier le plus proche du lieu de la représentation par les services compétents.
- ☐ Je reconnais avoir été informé qu'en application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé et notamment de son article L. 1111-6, je peux désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.
- ☐ Je complète obligatoirement le document : Fiche de désignation d'une personne de confiance Page 3
- ☐ Etre informé(e) que tout apport créatif, intellectuel ou matériel, de ma part, effectué dans le cadre ou non de l'activité de l'association, mis à la disposition de celle-ci restera la propriété de l'association, sauf convention contraire.

Partie à remplir obligatoirement par les parents, pour les mineurs :

Je soussigné _____, responsable légal de _____ âgé de _____ ans, l'autorise à participer à la manifestation historique organisée par la structure désignée dans l'encadré ci-dessus.

Mon enfant sera sous la responsabilité exclusive de _____

(Adulte obligatoirement présent à la manifestation, assurant la surveillance et la sécurité de mon enfant au cours des répétitions et des représentations, ainsi que sur les trajets aller et retour du domicile au site de la manifestation).

Fait à _____ le _____

Signature du bénévole
avec la mention « lu et approuvé »

Signature du représentant légal
avec la mention « lu et approuvé »

Validation de l'organisateur

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Moi, bénévole, je soussigné(e),

NOM marital :NOM de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

***Merci de cocher une des 2 cases rouges, pour désigner (ou pas) une personne de confiance, en cas d'accident.**

☐ **NE SOUHAITE PAS DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ***

☐ **SOUHAITE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ***

☐ Monsieur

☐ Madame

NOM marital de la personne :NOM de jeune fille :

Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone(s) :

- Cette personne de confiance, légalement capable est :

☐ Un parent, lien de parenté ☐ Un proche ☐ Mon médecin traitant

- Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

☐ OUI

☐ NON

J'ai été informé que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'Association VIF et l'établissement accueillant.

Si oui : cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informée de ma désignation en qualité de personne de confiance :

Fait à

Signature de la personne de confiance :

Le

Fait à _____ le _____

Signature du bénévole

avec la mention « lu et approuvé »

Signature du représentant légal

avec la mention « lu et approuvé »

TAILLE (A remplir **OBLIGATOIREMENT** pour les figurants) :

Nom : _____ Prénom : _____ Equipe : _____

N° de tél : _____ Courriel : _____

Entourer votre taille :

Taille veste/chemise : 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58

Taille pantalon/jupe : 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58

Tour de taille : _____ en cm. (mesure importante pour les couturières)

Hauteur : 1 m, _____ cm.