

10-16 ans

Info Animations sur les différentes communes partenaires

Novembre

Dates	Activités	Où	Horaire	Prix communes partenaires
Mercredi 8/11	Les ambassadeurs + visite épicerie social Seras-tu un bon Maire ? Les enfants doivent être déposer à la salle des associations de Wisches et récupérer à l'Eglise.	Salle des associations de Wisches	14h-17h30	Gratuit
Mercredi 15/11	Arriveriez- vous à retrouver votre chemin Petite balade autour de Barembach mais à vous de vous repérer dans la forêt pout trouver le goûter.	MJC de BAREMBACH	14h-17h	Gratuit
Samedi 18/11	Débat thé vous Arriveriez-vous à être d'accord ?	Salle des fêtes de RUSS	14h-17h	Gratuit
Mercredi 22/11	Met le feu ! Test ta capacité scientifique.	MJC de BAREMBACH	14h-17h	Gratuit
Mercredi 29/11	Réveille le cuisinier en toi ! En faisant des plats d'autres cultures + n'oublie pas ton tupp. Place limités à 24 personnes.	Salle des fêtes de RUSS	14h-17h	Gratuit

Les animations sont ouvertes à tous les jeunes. Pour les jeunes des communes partenaires (Barembach ,Wisches et Russ) qui désirent participer à une activité hors la commune où ils habitent, des moyens de covoiturage pourront être mis en place. Si vous avez un problème pour vous déplacer, vous pouvez nous contacter !!!

« Pour retrouver sa jeunesse, il n'y a qu'à recommencer ses folies. »

Nous contacter
Solidarité jeunesse
Barembach – Wisches – Russ
3 Villages s'engagent pour les Ados

☎ 03.88.97.86.73
Section.jeunes.mjc67@gmail.com
f Secteur jeunes MJC Barembach
Pauline : 06.43.01.76.00
Stéphane : 06.17.67.84.34



Coupon d'inscription à rendre en mairie, par mail ou à la MJC.

Avant le 31/10/2017

Attention places limitées !

Nom du jeune : _____

Prénom du jeune : _____

Date de naissance du jeune : _____

Tél du jeune : _____

J'autorise mon enfant à participer à (cochez les cases où il souhaite participer) :

- 8/11 : Les ambassadeurs (WISCHES)
- 15/11: Arriveriez- vous à retrouver votre chemin (BAREMBACH)
- 18/11: Débat thé vous (RUSS)
- 22/11 : Met le feu (BAREMBACH)
- 29/11 : Réveille le cuisinier en toi ! (RUSS)



Je soussigné(e) :

Nom _____

Prénom (du responsable légal) : _____

Autorise mon enfant à participer au(x) activité(s) cochée(s) ci-dessus.

Numéro de téléphone (en cas d'urgence) : _____

E-mail : _____

Nom et numéro d'assurance : _____

Allocataire Caf, précisez le numéro ; _____

Allocataire MSA, Précisez le numéro : _____

Pas de CAF ni MSA

Régime Local OU Régime général

Autorisation de diffusion à l'image Oui Non

Signature du responsable légal :

**S'il s'agit d'une première inscription à « Solidarité jeunesse »
Merci de compléter la fiche sanitaire qui se trouve au verso !**



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Couquelouche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES RECAUTIONS A PRENDRE

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____, PRENOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : _____

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEE DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

« La Jeunesse c'est l'âge du possible. »



Nos partenaires :



NOV. 2017



10-16 ans



Solidarité jeunesse
 BAREMBACH - WISCHES - RUSS
 3 Villages s'engagent pour les Ados

