

# 10-16 ans

## Info Animations sur les différentes communes partenaires

### Janvier

Dates	Activités	Où	Horaire	Prix communes partenaires
Mercredi 10/01	<b>Viens créer ton fluide rhéoscopique</b> Ce liquide peut t'hypnotiser !!	147 grand rue Schirmeck (à côté du coffitvallée)	14-17h	Gratuit
Samedi 13/01	<b>Ramène ta tête et les idées qui vont avec avant d'être le roi ou la reine.</b> Donne tes idées avant de trouver la fève.	MJC de Barembach	13h-17h	Gratuit
Mercredi 17/01	<b>Sauras-tu être un bon comédien ?</b> Viens tester ta capacité de comédien autour de jeux de rôle	Salle des fêtes de Schwartzbach	14h-17h	Gratuit
Samedi 20/01	<b>Viens te réchauffer autour d'une bonne raclette !</b> Places limitées à 20 personnes.	MJC de Barembach	18h-22h	Gratuit
Mercredi 24/01	<b>Quizz of the culture</b> Viens tester ta culture dans un quizz des plus compliqués !!!	Salle des associations à Wisches	14h-17h	Gratuit
Samedi 27/01	<b>A toi de trouver la meilleure cachette !</b> Sauras-tu être le plus discret pendant notre cache-cache géant ?	147 grand rue Schirmeck (à côté du coffitvallée)	14h-17h	Gratuit
Mercredi 31/01	<b>Games of society</b> Seras-tu stratégique ?	Salle des fêtes de Schwartzbach	14h-17h	Gratuit

Les animations sont ouvertes à tous les jeunes. Pour les jeunes des communes partenaires (Barembach, Wisches, Russ et Schirmeck) 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 !!!

Nous contacter  
Solidarité jeunesse  
Barembach – Wisches – Russ - Schirmeck  
4 Villages s'engagent pour les Ados

☎ 03.88.97.86.73  
[Section.jeunes.mjc67@gmail.com](mailto:Section.jeunes.mjc67@gmail.com)  
f Secteur jeunes MJC Barembach  
Pauline : 06.43.01.76.00  
Stéphane : 06.17.67.84.34

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

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

**Avant le 09/01/2018**

**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) :

- 10/01 : Viens créer ton fluide rhéoscopique ( SCHIRMECK)
- 13/01 : Ramène ta tête et les idées qui vont avec avant d'être le roi ou la reine (BAREMBACH)
- 17/01 : Seras-tu un bon comédien ?(SCHWARTZBACH)
- 20/01 : Viens te réchauffer autour d'une bonne raclette (BAREMBACH)
- 24/01 : Quizz of the culture (WISCHES)
- 27/01 : A toi de trouver la meilleure cachette (SCHIRMECK)
- 31/01 : Games of society (SCHWARTZBACH)



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 Familiales



N° 10008\*102

**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 DE 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 DE \$ DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
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 PRECAUTIONS A PRENDRE.

Voire 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) requises 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

**JAN. 2018**

**10-16 ans**



**Solidarité jeunesse**  
**BAREMBACH - WISCHES - RUSS - SCHIRMECK**  
**4 Villages s'engagent pour les Ados**



Nos partenaires :

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

