

10-16 ans

Info Animations sur les différentes communes partenaires

Février

Dates	Activités	Où	Horaire	Prix communes partenaires
Mercredi 07/02	Défi choco Qui arrivera à manger le plus de chocolat dans les temps ?	147 grand rue Schirmeck (À côté du coffitvallée)	14h-17h	Gratuit
Mercredi 14/02	Tu ris, tu perds Tes blagues arriveront-elles à faire rire tout le monde ?	Salle des fêtes de Schwartzbach	14h-17h	Gratuit
Mercredi 21/02	Deviens acteur de ta citoyenneté Jouons ensemble dans le respect des Droits de l'Homme	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 !!!

Pour tous les jeunes élèves à la

Cité Scolaire Haute-Bruche de Schirmeck,

Retrouvez notre

Equipe d'animation les jeudi 1^{er} février

et

Mardi 20 février de 12h à 13h15

à la Maison des Collégiens



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

📘 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 06/02/18

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) :

- 07/02 : Défi choco (SCHIRMECK)
- 14/02 : Tu ris, tu perds (SCHWARTZBACH)
- 21/02 : Deviens acteur de ta citoyenneté (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
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) renouées nécessaires par l'été 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

**FEV.
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. »

