

10-16 ans

Info Animations sur les différentes communes partenaires

Février

Balance ta sauce !

Samedi 02 Février

Balance tes idées et avis sur les activités passées et futures autour d'un bon repas bien évidemment !

Horaires : 18h-23h

GRATUIT

Salle des fêtes de RUSS

Assassin's game

Mercredi 06 février

Soit on tue, soit on se fait tuer. Votre vie est représentée par votre photo... Le gagnant sera le dernier assassin sur le terrain avec en main toutes les photos des autres joueurs.

Horaires : 14h -17h

GRATUIT

MJC BAREMBACH

Mercredi 27 février

Venez voter pour les nouvelles les plus loufoques de la journée !
Que les plus fous gagnent !

Horaires : 14h-17h

GRATUIT

MJC BAREMBACH

Les journalistes fous

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 de 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
f Secteur jeunes MJC Barembach
Pauline : 07.67.15.91.73
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 30/01/2019

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) :

- 02/02 : Balance ta sauce ! (Russ)
- 06/02 : Assassin's game (Barembach)
- 27/02 : Les journalistes fous ! (Barembach)



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 de l'année 2018-2019 à

« Solidarité jeunesse »

Merci de compléter la fiche sanitaire qui se trouve au verso !



MINISTRE 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 : _____
GARCON 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 VOTRE 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	DATE DES 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 MEDICAMENTEUX 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
<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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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	

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

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(e) 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

Fév. 2019

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. »

