

10-16 ans

Info Animations sur les différentes communes partenaires

Avril

Mercredi 03 Avril **L'Homme en noir**

Pour pouvoir faire le tour du monde à moindre frais, pars à la recherche d'employés de compagnies aériennes et récupère des points de voyage ! Bien sûr ce n'est pas si facile....

Horaires : 14h-17h

GRATUIT

147 Grand Rue SCHIRMECK

Samedi 06 Avril **NASA**

Construis le plus solide vaisseau spatial qui permettra de conduire un pilote particulier sans le casser.... En équipe, vous devrez être créatif et penser bien évidemment à la sécurité pour arriver entier à destination !

Horaires : 14h -17h

GRATUIT

MJC BAREMBACH

Mercredi 24 Avril

Prêt à éclater tous les records même les plus fous et les plus loufoques ? Viens nous présenter tes propres records et que le plus créatif gagne !

Horaires : 14h-17h

GRATUIT

MJC BAREMBACH **Record Man**

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 30/03/2019

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) :

- 03/04 : L'homme en noir (Schirmeck)
 06/04 : NASA (Barembach)
 24/04 : Record Man (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 !



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familiales



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 DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATION S (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				Couqueuche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SIL'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	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUEUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS	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 DENTAIREES, ETC... PRECISEZ

Autorisez-vous voire 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

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

OBSERVATIONS

Avril
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. »

