

10-16 ans

Infos des différentes animations prévues

Novembre

Mercredi 06 Novembre Suite des aventures extraordinaires de Franz BAUER en MANGA (2/5). Dessins Horaires : 14h-17h GRATUIT MJC Barembach Manga Franz BAUER	Samedi 09 Novembre Création d'un calendrier de l'AVENT (1/2) Horaires : 14h -17h GRATUIT Salle des associations de Wisches Calendrier AVENT 1	Mercredi 13 Novembre Suite des aventures extraordinaires de Franz BAUER en MANGA (3/5). Dessins Horaires : 14h-17h GRATUIT Salle des fêtes de Russ Manga Franz BAUER
Samedi 23 Novembre Finition du calendrier de l'AVENT, décoration et remplissage (2/2) Horaires : 14h-17h GRATUIT MJC de Barembach Calendrier AVENT 2	Samedi 27 Novembre Suite et réalisation de la B.D. des aventures extraordinaires de Franz BAUER en MANGA (4/5) Horaires : 14h-17h GRATUIT MJC de Barembach Manga Franz BAUER	

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
📘 Secteur jeunes MJC Barembach
Thierry : 06.44.31.56.43
Stéphane : 06.17.67.84.34

Coupon d'inscription à rendre en mairie, par mail ou à la MJC.
Avant le 01/11/2019
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) :

- Mercredi 06/11 : MANGA Franz BAUER (2/5)
- Samedi 09/11 : CALENDRIER de l'Avent (1/2)
- Mercredi 13/11 : Fin du MANGA Franz BAUER (3/5)
- Mercredi 23/11 : CALENDRIER de l'Avent (2/2)
- Samedi 27/11 : MANGA Franz BAUER (4/5)

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 2019-2020 à « Solidarité jeunesse », merci de compléter la fiche sanitaire qui se trouve au verso !



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1- ENFANT
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT

2 - MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DES VACCINS SUIVANTS :

- DIPHTERIE
 - TETANOS
 - POLIOMYELITIE
- Ou DT POLIO
- Ou TETRACOQ

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 marquées 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 ?

RUBÉOLE 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 AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE 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 MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non
AUTRES _____

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ domicile : _____

portable : _____ travail : _____

Père domicile : _____ portable : _____

travail : _____

N° de sécurité sociale : _____

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 : _____

**Novembre
2019**



10-16 ans



Solidarité jeunesse

BAREMBACH – WISCHES – RUSS – SCHIRMECK

4 Villages s'engagent pour les Ados



« La Jeunesse est le temps qu'on a devant soi ! » Jules Romains

Nos partenaires :

