

10-16 ans

Infos des différentes animations prévues

Décembre

Gâteaux de Noël

Mercredi 04 Décembre

Fabrication de décorations et gâteaux de NOËL

Horaires : 14h-17h

GRATUIT

Salle des fêtes de Russ

Samedi 07 Décembre

Fabrication de gâteaux de NOËL

Horaires : 14h -17h

GRATUIT

Salle des associations de Wisches

Gâteaux de Noël

Mercredi 11 Décembre

Suite des aventures extraordinaires de Franz BAUER en MANGA (5/5). Fin du MANGA.

Horaires : 14h-17h

GRATUIT

Salle des fêtes de Russ

Manga Franz BAUER

Jeux Harry POTTER

Mercredi 18 Décembre

Jeux d'Harry POTTER. Venez à l'école des sorciers !

Horaires : 14h-17h

GRATUIT

MJC de Barembach

Samedi 21 Décembre

Sortie au marché de NOËL de COLMAR

Horaires : 13h15-22h

GRATUIT

MJC de Barembach

Marché NOËL COLMAR

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 01/12/2019

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 04/12 : Fabrication décorations et gâteaux de NOËL

Samedi 07/12 : Fabrication de gâteaux de NOËL

Mercredi 11/12: Fin du MANGA Franz BAUER (5/5)

Mercredi 18/12 : Jeux d'Harry POTTER

Samedi 21/12 : Sortie au Marché de NOËL de Colmar

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
 - POLIOMYELITIS
- 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 : _____

**Décembre
2019**

10-16 ans



Solidarité jeunesse

**BAREMBACH – WISCHES – RUSS –
SCHIRMECK**

4 Villages s'engagent pour les Ados



*Solidarité
Jeunesse*



« C'est en donnant que nous recevons! » Saint François D'Assise



SCHIRMECK



BAREMBACH



WISCHES



RUSS

Nos partenaires :

