

# 10-16 ans

## Infos des différentes animations prévues

### FEVRIER

#### RANDO DODO

Mercredi 05 Février

Rando aller simple ! On ne sait pas où on va mais on vous perdra !

Horaires : 14h-17h

GRATUIT

Salle des fêtes de Russ

#### CONSEIL DES JEUNES

Samedi 08 Février

Le conseil des ministres de Solidarité Jeunesse

Horaires : 14h -17h

GRATUIT

MJC Barembach

#### CHEFS DE COEURS

Mercredi 12 Février

Préparez vos flèches et vos fouets les cupidons de la cuisine de la Saint-Valentin.

Horaires : 14h-17h

#### MARACAS EN FOLIE

Samedi 15 Février

Maracas, ça me tracasse de me décarcasser la carcasse sans que je me lasse ! Musiciens en herbe requis !  
Horaires : 14h-17h

GRATUIT

Centre de télétravail de Schirmeck, face à la gare

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](mailto: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 01/02/2020**

**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) :

05/02 : Rando de Février à Russ

08/02 : Conseil des Jeunes ministres à la MJC de Barembach

12/02 : Cuisine des mini-chefs de la Saint-Valentin à Wisches

15/02 : Maracas de Mardi-Gras à Schirmeck

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 : \_\_\_\_\_

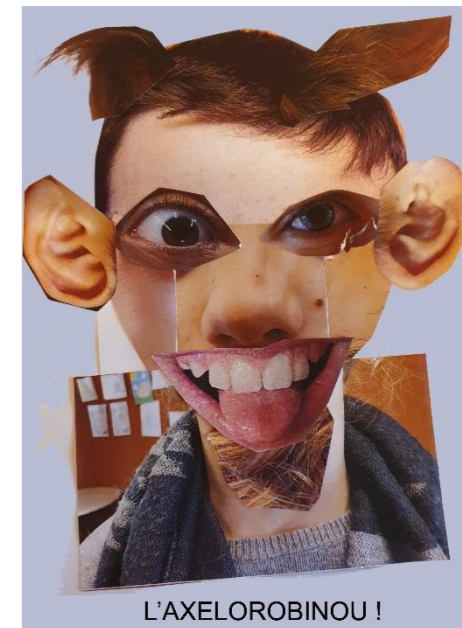
Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_



**Février  
2020**

**10-16 ans**



L'AXELOROBINO !

**Solidarité jeunesse**

**BAREMBACH – WISCHES – RUSS –  
SCHIRMECK**

**4 Villages s'engagent pour les Ados**



« Chaque homme cache en soi un enfant qui veut jouer »  
Friedrich. W. Nietzsche XIX S.

**Nos partenaires :**

