

L'ACEL Saint Médard organise

## « **UN CAMP NATURE, DÉCOUVERTE ET CULTURE** »

à **Auvers-sur-Oise (95) du lundi 1er au vendredi 5 Juillet 2019**

pour les jeunes de la **6ème à la première, 11 à 16 ans**



**Au programme** : PARCOURS NATURE, ÉQUITATION, RANDONNÉE, VISITE DE MUSÉES, GRANDS JEUX ET VEILLÉES, TEMPS DE PARTAGE ET DE PRIÈRE, D'ÉCHANGES.....

**Tarif du camp** : entre 250 et 280€ par jeune.

Transport en RER.

Le logement se fait dans un gîte habilité pour l'accueil de groupe. Les jeunes seront par chambre de 4 personnes. Les repas sont préparés et pris sur place ou en pique-nique. Il sera demandé une participation aux tâches quotidiennes : vaisselle, rangement, entretien des chambres.....

Le groupe est composé d'une vingtaine de jeunes.

L'équipe d'encadrement est en cours de constitution et le séjour sera dirigé par Jean Eyon Bawar, salarié de l'Acél saint Médard et permanent de la Maison des Jeunes. Les prêtres de la paroisse saint Médard rendront visite au camp l'une ou l'autre journée.

Thème du séjour : **les chevaliers de l'été**

## Fiche d'inscription - Séjour ACEL Saint-Médard 2019

### COORDONNEES DES PARENTS

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Mail parents :** \_\_\_\_\_ **Tel parents :** \_\_\_\_\_  
**Adresse familiale :** \_\_\_\_\_ **Établissement Scolaire de l'enfant :** \_\_\_\_\_

### INSCRIPTION DÉFINITIVE ET RÈGLEMENT

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements sur cette fiche, confirme l'inscription de mon fils - ma fille.....  
..... au camp nature et découverte du **01 au 05 juillet 2019** organisé par l'ACEL Saint Médard. Je joins la somme de ..... € correspondant au règlement du séjour.

J'autorise le responsable du séjour :

- A.** À transporter l'enfant en voiture en cas de besoin :            **OUI**            **NON**
- B.** À prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (je joins une fiche sanitaire de liaison signée) :            **OUI**            **NON**
- C.** De plus j'autorise les associations suivantes à utiliser les images photographiques de mon fils /ma fille prises dans le cadre des activités du séjour: paroisse Saint - Médard, ACEL Saint Médard. Ces images sont susceptibles d'être utilisées pour : leurs sites internet et leurs différents supports de communication.            **OUI**            **NON**
- D.** **Votre enfant possède t-il une carte Navigo ?**            **OUI**            **NON**
- E.** **Votre enfant sait-il faire du vélo ?**            **OUI**            **NON**

La date limite pour déposer le dossier d'inscription complet est **le vendredi 07 juin 2019**.

Je joins à ce bulletin la somme de :

- A.** Tarif solidarité : **280 €**  
**B.** Tarif normal : **250 €**

Par chèques à l'ordre de l'ACEL Saint - Médard. Les chèques vacances sont également acceptés.

Je souhaite échelonner les paiements en fournissant plusieurs chèques.

<b>A encaisser en juin 2019</b>	€
<b>A encaisser en juillet 2019</b>	€
<b>A encaisser en août 2019</b>	€
<b>Total</b>	€

**Merci de nous retourner cette fiche complétée le plus rapidement possible.**

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

\_\_\_\_\_

**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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

#### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---