

# *Camps Espérance Jeunes*

## *Une semaine en Sologne, en juillet 2023*

### *pour les 11-13 ans et les 14-17 ans*



#### POUR QUI ET A QUELLES DATES ?

😊 Pour les 11-13 ans : du dimanche 9 au samedi 15 juillet 2023 (camp AdoMini)

😊 Pour les 14-17 ans : du dimanche 16 au samedi 22 juillet 2023 (camp AdoDei)

#### QU'EST-CE QUE C'EST ?

📍 Une semaine pour les jeunes, en Sologne, à Nouan-le-Fuzelier (41), dans un climat de foi chrétienne !

😊 Des journées riches en activités : prière, détente, enseignement, veillées, ... !

👉 Des activités manuelles et artistiques : calligraphie, balles de jonglages, diabolo, terre glaise, pyrogravure, chant, taille de pierre, objets en cuir, déco-patch, théâtre etc...

⚽ Des jeux et activités sportives : ping-pong, volley, badminton, et bien sûr le tournoi de foot !

👥 Avec des animateurs (BAFA), membres de la communauté des Béatitudes ou jeunes ayant participé aux camps précédents, désireux de redonner ce qu'ils ont reçu

#### COMMENT S'Y RENDRE ?

🚗/🚆 Nous partirons ensemble de Montfermeil : en RER puis en train (Paris-Austerlitz)

#### COMMENT S'INSCRIRE ?

Dossier complet (fiche d'inscription et autorisation parentale + fiche sanitaire de liaison)  
à déposer au presbytère (10 rue Grange 93370 Montfermeil)  
ou à renvoyer par mail : [g\\_meunier@hotmail.com](mailto:g_meunier@hotmail.com)

#### QUELLE EST LA PARTICIPATION DEMANDEE ?

La participation demandée, si possible, est de 220 €/jeune. Les chèques-vacances sont acceptés. L'aspect financier ne doit ABSOLUMENT PAS être un frein : chacun donne ce qu'il peut. Parlez-en très simplement au Père Grégoire.

#### QUESTIONS, POINTS PARTICULIERS ?

Contactez le Père Grégoire Meunier : 06.43.06.24.36 et [g\\_meunier@hotmail.com](mailto:g_meunier@hotmail.com)

# FICHE D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE

à renvoyer ou à déposer (avec le reste du dossier d'inscription) au presbytère des paroisses du Haut-Plateau (10 rue Grange, 93370 Montfermeil) ou : [g\\_meunier@hotmail.com](mailto:g_meunier@hotmail.com)

Photo

Pour les camps Espérance Jeunes se déroulant à NOUAN –LE –FUZELIER (41)

- 11-13 ans : AdoMini du dimanche 9 au samedi 15 juillet 2023
- 14-17 ans : AdoDei du samedi 16 au samedi 22 juillet 2023

Participation demandée : 220 € en chèque (ordre : Paroisse Saint-Pierre Saint-Paul - Camp Espérance Jeunes) ou chèques-vacances ou espèces

## Coordonnées du JEUNE qu'on souhaite inscrire (GARÇON [ ] FILLE [ ])

NOM .....  
PRENOM .....  
DATE DE NAISSANCE .....  
ADRESSE COMPLETE .....  
.....  
TELEPHONE PORTABLE .....  
E-MAIL .....

## Coordonnées des PARENTS ou du tuteur légal PENDANT LE CAMP (écrire lisiblement) :

PRENOM ET NOM.....  
ADRESSE COMPLETE.....  
.....  
TELEPHONE PORTABLE : .....  
E-MAIL :.....

## ENGAGEMENT MORAL DU JEUNE

Je, soussigné, ..... m'engage à :

- Vivre le camp dans un esprit fraternel, participatif (activités), et respectueux ( des personnes, du rangement, des mesures de sécurité, de la nourriture, de la pudeur de chacun, ...)
- Ne pas utiliser pendant le camp mon téléphone portable, MP3 ou autres ( je les laisserai en sécurité au secrétariat dès mon arrivée)
- Ne pas fumer.

Toute détention de produits illicites, ainsi qu'une attitude jugée inconvenante par le directeur, entrainera un renvoi.

**SIGNATURE DU JEUNE :**

## AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) ..... père / mère / responsable légal de .....

**l'autorise à participer au camp** Espérance Jeunes (AdoMini du 9 au 15/07/2023 ou AdoDei du 16 au 22/07/2023)

**En cas de maladie ou d'accident**, j'autorise le directeur de la semaine de camp, à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. Cette personne pourra également sortir du service des urgences mon fils /ma fille si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

**N° de sécurité sociale** ..... **N° de mutuelle** :.....

**Droit à l'image** : J'autorise l'association Espérance Jeunes

- à partager les photos de mes enfants **avec les autres jeunes** OUI NON
- à utiliser les photos où figurent mes enfants **pour la communication** (tracts, affiches, diaporama) OUI NON

Fait à : ..... Le : .....

**SIGNATURE DU / DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL :**

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<b>1 – ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

**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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il un P.A.I (**Projet d'accueil individualisé**) ?  OUI  NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

.....  
.....  
.....  
.....

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

.....  
.....

TÉL. PORTABLE : .....

DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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.*

**Date :**

**Signature :**