Camp de Toussaint

à Notre-Dame de l'Ouïe (91),

du lundi 31 octobre au vendredi 4 novembre 2022

pour tous les jeunes de 11 à 17 ans

5 jours de folie !

Pour **tous les 11-17 ans**, catéchisés ou non, 5 jours de vacances dans un **cadre magnifique** : une ancienne abbaye entièrement rénovée, moderne et confortable. Sur le thème : **« Jeunes et Saints ! »**, les journées sont **très joyeuses et bien rythmées** : jeux, activités, prière, veillées, …

Transport, horaires et tarif

Le **transport**, aller et retour, se fera en car

Départ de Montfermeil : lundi 31 octobre à 8h30
Retour à Montfermeil : vendredi 4 novembre à 19h

Participation demandée : 80 € par jeune
(l'aspect financier ne doit pas être un frein, nous en parler si cela pose une difficulté)

Pour s'inscrire

Dossier d'inscription à télécharger sur notre site : https://saint-denis.catholique.fr/paroisses/paroisses-du-plateau/jeunes-11-35-ans/11-17-ans

A remettre avant le 24 octobre 2022 aux animateurs d'aumônerie ou à déposer au presbytère (10 rue Grange 93370 Montfermeil).

Si vous l'envoyez par e-mail ou WhatsApp, il faudra absolument nous remettre l'original au moment du départ (sans cela la participation ne sera pas possible).

Pour plus d'infos

jeunesduhautplateau@gmail.com

Père Grégoire Meunier (06.43.06.24.36) Sœur Ana Slivka (07.50.14.42.73)

Camp de Toussaint 2022

Autorisation parentale

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

du jeune ……, demeurant ……

……

date de naissance du jeune ……../……../……., autorise mon fils/ma fille à participer au camp de Toussaint organisé par les Jeunes du Haut-Plateau du **lundi 31 octobre au vendredi 4 novembre 2022**.

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise le responsable de groupe **P. GREGOIRE MEUNIER** à prendre 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 téléphone portable du **père** : : ……..
N° de téléphone portable de la **mère** : ……..

N° de Sécurité sociale du jeune: ……..

N° de la Mutuelle : ……

☐ Ci-joint une copie de l'**attestation carte vitale** (obligatoire)
☐ Ci-joint la **fiche sanitaire** du jeune (obligatoire)

Numéro de téléphone du jeune : ……

J'autorise la diffusion de photos ou de vidéos de mon enfant sur les supports de communication des paroisses du Haut-Plateau. **OUI** **NON**

Au retour du camp, mon enfant rentre à la maison seul/e : **OUI** **NON**

Fait à ……, le …… / …… / 2022

Signé par père/ mère/ responsable légal :

……

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, ...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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000