

Le **MOUVEMENT EUCHARISTIQUE DES JEUNES 93**
propose à **TOUS** les enfants/ados de **7 à 15 ans**
un **MINI-CAMP** de **Pâques**.

Nous organisons ce mini-camp pour 30 enfants et adolescents de 7 à 15 ans de Seine-Saint-Denis, méjistes ou non-méjistes, centré sur la joie de Pâques et l'expression artistique, avec des temps de jeux, de prière, des veillées, etc...

et fondé sur le projet du Mouvement Eucharistique des Jeunes
(www.mej.fr).



RENSEIGNEMENTS :

MME EVE-MARIE SAILLY : 06 65 26 93 42

PÈRE OLIVIER NGWAY : 07 83 67 45 28

ADRESSE MAIL : lemej93@gmail.com

Prix : 65 euros par participant

Inscription avec le bulletin à l'intérieur ou sur :

[https://docs.google.com/forms/d/](https://docs.google.com/forms/d/1US8S00cSECCENWs7d_0u4fciojCrwgTGOD08ycPAhfY/prefill)

[1US8S00cSECCENWs7d_0u4fciojCrwgTGOD08ycPAhfY/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1US8S00cSECCENWs7d_0u4fciojCrwgTGOD08ycPAhfY/prefill)

www.mej93.free.fr

lemej93@gmail.com



Le Mouvement Eucharistique des Jeunes
t'invite à son mini-camp

Joie Jeux
Equipes Chants Tentes
Découvertes Rencontres
Veillées
Eucharistie
Partage Prières

pour tous les enfants et jeunes de 7 à 15 ans
à l'Abbaye de Notre-Dame de l'Ouye (91)

Du 27 au 29 Avril 2018

Début à 9h30 - fin à 15h



www.mej93.free.fr

lemej93@gmail.com

BULLETIN D'INSCRIPTION mini-Camp de Pâques

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **pas de photocopie**

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ 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 :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non
DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

à renvoyer accompagné d'une attestation de sécurité sociale et de mutuelle
AVANT le 15 AVRIL 2018,
À EVE-MARIE SAILLY , 41 RUE CLÉMENT LECUYER 93240 STAINS.

Je soussigné Mme / M.,

J'inscris mon enfant au mini-camp de Pâques proposé par le MEJ 93, à Notre-Dame de l'Ouye du 27 au 29 Avril 2018 et l'autorise à participer à l'ensemble des activités organisées dans ce cadre :

Prénom : Nom :

Né(e) le : ... / ... / Classe : Connaît déjà le MEJ oui non

Est en équipe à l'année : FNOU JT TA

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Je verse : € à déposer le en liquide par chèque

..... € à déposer le en liquide par chèque

..... € à déposer le en liquide par chèque

soit **65 € de règlement total.**

*Merci de donner si possible tous les chèques avec l'inscription (ordre : "MEJ 93").
Ecrivez au dos de chaque chèque la date d'encaissement à la banque, nous attendrons
la date indiquée. MERCI.*

*Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre,
le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou
un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature des parents :