

Séjour de Toussaint à Notre-Dame de l'Ouïe

du lundi 23 au vendredi 27 octobre 2023

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, la Maison d'accueil Notre-Dame de l'Ouïe (91) : ancienne abbaye entièrement rénovée, moderne et confortable.

Sur le thème des Jeux Olympiques, les journées seront joyeuses et rythmées : jeux, activités, prière, veillées, ...



Transport, départ et retour :

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

- Départ de Montfermeil : lundi 23 octobre à 9h30 (horaire à confirmer)
- Retour à Montfermeil : vendredi 27 octobre à 19h

Participation demandée : 80 € par jeune

l'aspect financier ne doit empêcher aucun jeune de participer, parlez-en à Sœur Ana ou au Père Grégoire

Pour s'inscrire : Dossier d'inscription ci-joint et sur notre site : <https://saint-denis.catholique.fr/paroisses/paroissesdu-plateau/jeunes-11-35-ans/11-17-ans>

A remettre **avant le 14 octobre 2023**

aux animateurs d'aumônerie ou 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 toute question, contacter : jeunesduhautplateau@gmail.com
Père Grégoire Meunier (06.43.06.24.36) Sœur Ana Slivka (07.50.14.42.73)**

Séjour de Toussaint 2023

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 séjour de Toussaint
organisé par les paroisses et les Jeunes du Haut-Plateau du lundi 23 au vendredi 27 octobre 2023.

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**

*Eventuellement : mon enfant souhaiterait, si cela est possible,
être dans la même chambre que.....*

Fait à, le / / 2023

Signature par père/ mère/ responsable légal :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | Oui | non | | | |
| 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 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 :