

# La Semaine des Ecoliers

## En route avec Tarcisius !

Accueil pour les écoliers et collégiens, du 1er au 5 juillet 2024.

Arrivée 8h30-9h, départ à 17h à 18h. Au 15, rue René Blum 75017 Paris.



« Ici on joue, ici on prie »

Contact : François Tranchant – 06.21.06.27.04 francois.tranchant@maisonozanam.com

INSCRIPTION à rendre avant le 28 juin 2024.

Je soussigné :

Nom(\*) .....

Prénom .....

Numéro de téléphone .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Mail .....

Représentant légal de :

Nom .....

Prénom .....

Age..... Classe .....

(\*)- Dans le cadre du RGPD, nous vous informons que ces informations sont collectées pour respecter la réglementation des accueils collectifs de mineurs. Ces données ne sont pas partagées avec des organismes extérieurs. Conformément à la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée le 20 juin 2018 et au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de vos données, d'un droit d'opposition et de limitation à un traitement, d'un droit à l'oubli et à la portabilité des informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à l'association Maison Ozanam : [contact@maisonozanam.com](mailto:contact@maisonozanam.com) ou 15 rue René Blum 75017 Paris, en joignant une photocopie de votre pièce d'identité.

Inscris mon enfant :

Semaine

Tarifs pour UN enfant : 120 euros

L'adhésion à l'association EST OBLIGATOIRE pour les enfants n'ayant pas participé encore aux activités cette année : 40€.

\* deux chèques différents (si adhésion) à libeller à l'ordre Association Maison Ozanam

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties
- J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de besoin pour la santé de mon enfant.
- Je prévois de fournir à mon enfant un pique-nique par jour et 4 tickets de métro pour la semaine.
- J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant pour la Maison Ozanam.
- J'autorise la Maison Ozanam à bénéficier du droit à l'image de mon enfant pour sa communication

Oui  Non

● Je m'engage à prévenir si mon enfant ne vient pas.

● J'autorise mon enfant à rentrer seul

Oui  Non

● Je joins à l'inscription, le règlement et la fiche sanitaire de liaison.

Date :      Signature :



Jouer, Prier, Servir, Accueillir, Rire, Se Reposer, Sourire, Courir, Découvrir, S'émerveiller, Aimer, Connaître, Louer, Adorer, Visiter, S'intéresser, Accompagner, Eduquer, Responsabiliser, Chanter...



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :    M        F   

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

**1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliovirémie				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

**ALLERGIES : ALIMENTAIRES**     oui     non  
**MEDICAMENTEUSES**     oui     non  
**AUTRES (animaux, plantes, pollen) :**     oui     non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non  
 .....

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**  
 Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.....  
 .....

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**  
 Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....