CAMP SAINT MICHEL GARICOITS

INSCRIPTION

La fiche d'inscription est à remplir soigneusement et à envoyer au plus tôt à :

Abbé Alexandre Blaudeau,

Séminaire diocésain, 1 rue Caroline Rimbert, 64100 Bayonne

tel: 06 81 44 17 78

Pour envoyer le dossier d'inscription complet, merci d'envoyer les éléments suivants :

- ☐ la fiche sanitaire de liaison soigneusement remplie
- ☐ le règlement de 140 euros (tarif réduit : 110 euros, à partir du 2ème enfant) par chèque à l'ordre de *« Pasto' Jeunes 64 »* pour ceux qui n'auraient pas pu payer en ligne.
  - ✓ Il est possible de payer en chèques vacances (ANCV). CAF : nous contacter.
- ☐ Les informations médicales que vous estimez devoir communiquer. Si besoin, vous pouvez les remettre dans une enveloppe cachetée, et seul un médecin pourra en prendre connaissance, sous le sceau du secret médical.

INFORMATIONS PRATIQUES

- Contacts organisateurs (pour informations avant le camp, et en cas d'urgence pendant le camp) :
  - Abbé Maxime de Mentque (directeur du camp) : 07 86 17 22 70 / maximedementque@gmail.com
- Début du camp : le dimanche 14 juillet 2019 à 16h à l'église de Sumberraute (64120). **Attention, il n'y aura pas la messe prévue ce jour-là sur le camp**.
- Fin du camp : le dimanche 21 juillet 2019, à 11h, pour la messe à l'église de Sumberraute, suivie d'un repas tiré du sac avec les familles. Fin prévue vers 15h30.

CAMP SAINT MICHEL GARICOITS

AFFAIRES À PRÉVOIR

✓ Affaires de rechange pour 7 jours	✓ Chapeau - Vêtement de pluie
✓ Sac de couchage	✓ Chaussures adéquates (sport, marche et repos)
✓ Tapis de sol - lampe de poche	✓ Un petit sac à dos
✓ Trousse de toilette – linge de toilette	✓ Lunettes de soleil
✓ Maillot de bain	✓ Crème solaire
✓ Déguisement : si possible déguisements de chevalier/ princesse / fée/ Hobbit / magicien…	✓ Couverts de camp (assiettes - verre - couteau - fourchette - cuiller)

✓ **Ne sont pas admis au camp : téléphones et autres appareils électroniques : consoles de jeux, baladeurs, etc.**

CAMP SAINT MICHEL GARICOITS

FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT *(joindre une photographie récente)*

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone fixe maison : _____

Classe fréquentée cette année : _____

PARENTS

• Adresse mail : _____

• Père : nom et prénom : _____

Téléphone portable : _____

• Mère : nom et prénom : _____

Téléphone portable : _____

• Autre personne à contacter en cas d'urgence : _____

Téléphone : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ..... autorise mon fils à participer au camp saint Michel Garicoits, du 14 au 21 juillet 2019, à Luxe-Sumberraute, J'ai pris connaissance du projet éducatif de l'Association.

Date : _____ signature

CAMP SAINT MICHEL GARICOITS

DÉCHARGE PARENTALE POUR LES TRANSPORTS

Je soussigné(e) ..... autorise les membres de l'équipe d'animation du camp Saint Michel Garicoits à transporter mon fils dans leur véhicule en cas de nécessité.

Date : _____ signature

AUTORISATION DE SOINS ET D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) ..... autorise le corps médical à effectuer, en cas d'urgence, tout examen, tout soin ou toute intervention chirurgicale jugée nécessaire. J'autorise le directeur du camp ou son adjoint sanitaire à accompagner mon fils dans un établissement hospitalier, et à demander son admission en établissement de soins si nécessaire.

Date : _____ signature

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) ..... autorise l'association « Pasto' Jeunes 64 » à faire usage de photos et de séquences vidéos prises au cours du camp et où apparaît mon fils pour : agrémenter le site internet de l'association, illustrer les circulaires aux parents et amis, confectionner l'affiche et les tracts d'informations pour le camp Saint Michel Garicoits 2020.

Date : _____ signature

CONSTITUTION DES SOUS-CAMPS

Nous vous proposons d'écrire ici les noms des participants que votre enfant aimerait avoir dans son sous-camp : nous en tiendrons compte dans la mesure du possible.

1…….…… 2…….

3…….……

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° **85-0233**

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE GARCON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	.....	___/___/___
Du DT coq	.....	___/___/___
Du Tétracoq	.....	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES VACCINS	DATES
1er VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1er RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ? .....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐
COQUELUCHE	**OTITES**	**ASTHME**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**
non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐	non ☐ oui ☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :
.....
.....
.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non ☐ oui ☐
SI OUI, LEQUEL ? .....
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non ☐ occasionnellement ☐ oui ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non ☐ oui ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....
ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....
.....
.....

			DOMICILE	BUREAU
N° DE S.S.		N° DE TEL		

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....
.....
Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : .....
.....
.....
.....
.....
.....

ARRIVEE LE ____/____/____
DEPART LE ____/____/____

Cachet de l'Organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)
.....
.....
.....
.....