

# Venez vivre la semaine sainte à la Maison Ozanam, puis découvrir le vénérable Carlo Acutis !

Accueil pour les enfants de 6 à 13 ans, du 6 au 10 avril 2020 puis du 14 au 17 avril 2020.

Arrivée 8h30-9h00, départ entre 17h et 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](mailto:francois.tranchant@maisonozanam.com)

INSCRIPTION à rendre avant le 30 mars 2020

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 1

Semaine 2

Tarif solidaire : 80€ la semaine\*

Tarif normal : 60€ la semaine\*

Tarif réduit : 30€ la semaine\*

\* chèque 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, et le faire sortir de l'hôpital le cas échéant

● 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.

● 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**

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  GARÇON  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)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

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

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

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

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 SUIV-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) : .....

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

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 : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)

.....

.....

ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**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)

.....

.....

.....