



## MINI-CAMPS 2020



MAISON OZANAM, ST-HIPPOLYTE,  
SAINTE-GENEVIÈVE-DES  
GRANDES-CARRIÈRES



Du 7 au 11 juillet 2020  
(avec possibilité de venir au patro le 6)



ou

du 13 au 17 juillet 2020



*Camps sous tente, en pleine nature !*

### Documents à rendre :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bulletin d'inscription                 | <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison |
| <input type="checkbox"/> Règlement 125 €                        | <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance    |
| <input type="checkbox"/> Droit à l'image – Fondation Notre Dame |   |



LA FONDATION  
NOTRE DAME  
PORTEURS D'ESPÉRANCE



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Le Jeune

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... à : .....  
Classe : ..... Etablissement : .....

**PHOTO  
RECENTE  
OBLIGATOIRE  
A ATTACHER  
AVEC UN  
TROMBONE**

## Le Responsable Légal

NOM(\*) : ..... Prénom : .....  
En qualité de :  Mère  Père  Tuteur  
Adresse postale : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tel domicile : .....  
Tel Portable : .....  
Adresse mail : .....@.....

## Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : ..... Prénom : .....  
En qualité de : .....  
Téléphone : .....

## Choix du séjour

- Du 7 au 11 juillet 2020 pour les 7-10 ans (venue au patro à la Maison Ozanam le 6 :  Oui  Non)  
 Du 13 au 17 juillet 2020 pour les 10-13 ans

## Règlement du Séjour

Coût du séjour : 125 € (chèque à libeller à l'ordre Association Maison Ozanam)

## Autorisation Parentale

J'autorise la Maison Ozanam à publier en interne photo/vidéo/son de mon enfant

Oui  Non

J'autorise la Maison Ozanam à publier en externe photo/vidéo/son de mon enfant

Oui  Non

J'autorise la sortie d'hôpital de mon enfant en cas d'hospitalisation.

Fait à : .....

Le : .....

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Signature :

(\*)- 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.

# 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 ? .....

	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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	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)  
 .....  
 .....  
 .....

# AUTORISATION POUR LA PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

**Je soussigné :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Fax : .....

**Autorise**

**la FONDATION NOTRE DAME :**  
10 rue du Cloître Notre-Dame  
75004 Paris  
T: 01 78 91 91 90  
**et la FACEL**  
24 rue Saint Roch 75001 Paris  
01 78 91 91 20

- A me filmer et me photographier et à utiliser mon image pour les besoins de communication de la Fondation Notre Dame et de la Facel
- A filmer et photographier et à utiliser l'image de mon enfant mineur dont le

nom est : .....  
né le : .....  
et demeurant à : .....

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise à fixer, reproduire et communiquer au public les films et photographies prises dans le cadre de la présente. Les films et photographies pourront être exploités et utilisés directement ou être cédés à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans aucune limitation, pour une durée de (rayer et remplacer par la nouvelle durée si elle est différente) : 99 ans intégralement ou par extraits, et notamment pour :

Publication de supports de communication papier (dépliants, publicités, annonces)

Publication électronique (site web)

**Conditions :**

1 - Les bénéficiaires de l'autorisation s'interdisent expressément de procéder une exploitation des films et photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les films et photographies, objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

2 - Ils s'efforceront, dans la mesure du possible, de tenir à votre disposition un justificatif à chaque parution des films et photographies sur simple demande. Ils encourageront leurs partenaires à faire de même et mettront en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

**Signé par les parties, pour accord.**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Monsieur / Madame

Fondation Notre Dame

Facel