



CAMP TALENTS 2021
à DOUVRES-LA-DÉLIVRANDE
MAISON OZANAM, ST HIPPOLYTE,
STE MARIE DES BATIGNOLLES &
STE GENEVIÈVE DES GRANDES CARRIÈRES
Du 7 au 20 juillet 2021



Documents à rendre :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bulletin d'inscription | <input type="checkbox"/> Autorisation parentale |
| <input type="checkbox"/> Charte du Camp | <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison |
| <input type="checkbox"/> Règlement | <input type="checkbox"/> 100€ d'arrhes |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance | <input type="checkbox"/> Droit à l'image – Fondation Notre Dame |
| <input type="checkbox"/> Brevet de Natation 50m libre | |



LA FONDATION
NOTRE DAME
 PORTEURS D'ESPÉRANCE

Camp Talents 2021 ©



BULLETIN D'INSCRIPTION

Le Jeune

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... à :

Le jeune sait-il nager ? Oui Non

PHOTO
RECENTE

OBLIGATOIRE

A ATTACHER
AVEC UN
TROMBONE

Le Responsable Légal

NOM(*) : Prénom :

En qualité de : Mère Père Tuteur Autre :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tel domicile :

Tel Portable :

Adresse mail :@.....

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom :

En qualité de :

Téléphone :

Règlement du Séjour

Coût du séjour : 720€

Je verse 100 € d'arrhes à l'ordre Association Maison Ozanam*

1^{er} chèque* : chèque N° à encaisser au mois de :

2^{ème} chèque* : chèque N° à encaisser au mois de :

3^{ème} chèque* : chèque N° à encaisser au mois de :

*Merci d'indiquer le nom et le prénom du jeune au dos du chèque

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 ou 15 rue René Blum 75017 Paris, en joignant une photocopie de votre pièce d'identité.

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) ,
agissant en qualité de ,
demande l'inscription de l'enfant au
Camp Talents 2021 organisé par la Maison Ozanam, la Paroisse Sainte-Marie-des-Batignolles, la
Paroisse St Hippolyte et la Paroisse Ste Geneviève des Grandes Carrières et déclare avoir été
informé(e) des conditions de séjour et d'encadrement.

J'autorise les responsables du séjour :

- à prendre toutes dispositions pour conserver l'état de santé morale et physique du jeune confié,
- à prendre toutes mesures jugées nécessaires en cas d'accident,
- à faire sortir notre enfant de l'hôpital
- à transporter notre enfant dans les véhicules dont ils disposeront,
- à pratiquer éventuellement toute autre activité proposée pendant le séjour,
- à prendre des photos et des films de notre enfant pendant le séjour
- à mettre les photos de notre enfant sur le site sécurisé du camp
- à regarder les photos prises par notre enfant

Fait à :

Le :

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

Signature :

CHARTRE DU CAMP TALENTS 2021

Le camp Talents 2021 se veut être une expérience de vie singulière. Lors de ces deux semaines de camp, votre enfant découvrira les joies de vivre en groupe avec des jeunes (environ 60) âgés de 6 à 17 ans et une quinzaine d'adultes (équipe de direction, aumôniers, animateurs...). Vivre en groupe nécessite de respecter certaines règles. Voici la Charte du Camp Talents 2021. Merci d'en prendre connaissance en famille.

Les règles de vie :

1. Je respecte les règles de vie et les consignes de sécurité exigées par l'équipe de Direction et l'équipe d'animation.
2. Je contribue au climat fraternel, franc et détendu, bannissant tout mauvais esprit.
3. Je respecte mes camarades ainsi que les adultes autour de moi. Je me montre poli et agréable. Je ne fais preuve ni de violence verbale, ni de violence physique.
4. J'adopte toujours une tenue vestimentaire correcte.
5. Je vis des relations amicales et fraternelles en excluant le flirt.
6. Pendant les temps de repas, je parle sans crier et je reste à table.
7. Je goûte de tous les plats même en très petite quantité.
8. Je participe à la vie du groupe en participant aux différents services.
9. Je respecte les locaux et leur propreté.
10. Je partage les jeux et les affaires du camp avec les autres jeunes.
11. Je range mes affaires aux endroits destinés à cet effet (vestiaires, placards...). Je prends soin de mes affaires et ne les laisse pas trainer dans les lieux communs.
12. Je prends soin des affaires des autres et demande la permission avant d'emprunter un objet qui ne m'appartient pas.
13. Je n'emporte pas d'appareils électroniques (téléphone portable, tablette, console, ordinateur...) ni d'objet dangereux.
14. Je ne mets ni ma vie ni celle d'autrui en danger.
15. Je ne consomme ni alcool, ni tabac, ni drogue durant le camp.
16. Je ne sors pas des limites du camp sans être accompagné par un animateur ou en avoir l'autorisation.
17. Je participe aux activités qui me sont proposées, également celles d'ordre spirituel.
18. En cas de non-respect des règles de vie ou de désobéissance, l'équipe de direction peut prendre la décision de me renvoyer chez moi, au frais de mes parents. Dans ce cas, aucun remboursement ne sera possible.

Fait à :

Le :

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

Signature du jeune :

Signature des parents :

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 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} 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)

.....

