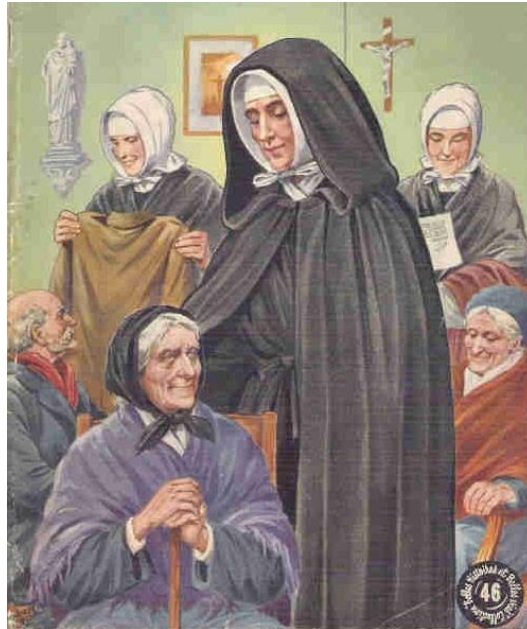


La semaine des Collégiens à Ozanam

Du 29 juin au 2 juillet 2021

Sur les pas de sainte Jeanne Jugan



Arrivée 10h, départ entre 17h30 et 18h. Prévoir chaque jour un pique-nique et un goûter, titres de transport et tenue adaptée selon les activités.

Contact : Chloé Courtade – directionadjointe.ozanam@gmail.com – Maison Ozanam 15 rue René Blum 75017 Paris

Je, soussigné :

Nom (*)

Prénom

Numéro de téléphone

Adresse

Code Postal Ville

Mail

Représentant légal de :

Nom

Prénom

Age..... Classe

Inscris mon enfant :

Tarif : 80 € la semaine*

* chèque à libeller à l'ordre Association Maison Ozanam

(*)- 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.

● 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.

● 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

MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE,
ET DE LA
VIE ASSOCIATIVE

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'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	
Poliomyélite				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
MÉDICAMENTEUSES 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 :