

Inscription :

Age min. : 15 ans révolus

Nom : Prénom :

Sexe : FILLE - GARÇON

Date de naissance :/...../.....

Nom et Adresse du responsable légal :

.....
.....

Téléphone(s) :

Email :

Formule choisie : A B C D

(Entourez) Inscription effective à réception du règlement

Voyage

Entre son domicile et le lieu du séjour court en

- voiture
- autre moyen de transport :

Précisez :

- sous la responsabilité de ses parents/son responsable légal
- sous la responsabilité de
- Je ne participe pas au repas du vendredi soir

Droit à l'image

Cochez si vous ne souhaitez pas que l'AJEFnormandie publie votre photo sur le site internet dnj-normandie.fr :

- Ni en photo individuelle Ni en photo de groupe

Signature :

(du responsable légal si mineur)

Autorisation pastorale :

Baptisé : OUI - NON

Encadrant de jeunesse pendant le mini camp :

OUI - NON

Eglise :

Nom du pasteur :

Signature du pasteur :

Prévoir

- Nécessaire de toilette
- Duvets, draps et taie d'oreiller (impératifs)
- Vêtements corrects et tenue sportive et **chaude**
- Bonnes chaussures pour l'extérieur
- Bible



Gite Rural

Salle de Réception

« Le lieu d'Homme »

14240 LIVRY



Fiche sanitaire :

A remplir par TOUS

Avez-vous eu les maladies suivantes ? (cochez si oui)

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rhumatismes	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Scarlatine	

Avez-vous des allergies ?

<input type="checkbox"/> Asthme	Médicaments :
<input type="checkbox"/> Aliments :	<input type="checkbox"/> Autre :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (médication à signaler)

Avez-vous un traitement médicamenteux en cours ?

non oui (préciser) :

Pour les mineurs :

Fournir une photocopie de l'ordonnance et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'adolescent). L'ensemble sera donné à un animateur, dès l'arrivée au camp.

M. ou Mme (Représentant légal)

autorise l'assistante sanitaire à administrer :

<input type="checkbox"/> Paracétamol (Efferalgan, Doliprane...)
<input type="checkbox"/> Ibuprophène (Advil, Nurofène...)

en cas de fièvre supérieure à 38° ou 38,5° ou en cas de douleurs.

Je soussigné(e)
représentant légal de mon enfant
autorise les responsables à prendre les mesures qui s'imposeraient en cas d'urgence.

Signature :

