

⇒ **Retourner le dossier COMPLET comprenant :**

- Bulletin d'inscription rempli avec ta photo
- Fiche sanitaire remplie
- Chèque(s) à l'ordre de « CLER Amour et Famille »

⇒ **Par courrier postal à :**

- ⇒ Edith Guesdon : 38 rue du professeur Guyon 78430 Louveciennes
- ⇒ Pour toute question concernant l'inscription : [edith.guesdon@orange.fr](mailto:edith.guesdon@orange.fr)

Début de la session : **lundi 18 juillet 2022 à 17h (accueil à partir de 16h)** - Fin : **samedi 23 juillet 2022 à 12h00**

• **JEUNE :**

**NOM :**

**Prénom :**

Date de naissance : ...

Age :

Adresse : .....

Code postal :

Ville :

Tél. portable :

Mail :

• **PARENTS ou responsables légaux ou personne à contacter si nécessaire :**

**NOM :**

**Prénom :**

Adresse : .....

Code postal : ...

Ville : ...

Tél. portable : ...

Mail : ...

⇒ **Pour mieux t'accueillir :**

🕒 **J'arrive le lundi 18 juillet 2022**

🕒 **Je pars le samedi 23 juillet 2022**

En gare de Compiègne à .....h.....

De la gare de Compiègne à .....h.....

Directement sur le lieu de la session

Directement du lieu de la session

**Ce qui me paraît important, pour moi, à vivre dans cette session :**

.....  
.....  
.....

- Comme chaque année des photos seront prises, par les animateurs, durant la session.

⇒ J'autorise CLER Amour et Famille à utiliser, sur son site Internet, des photos **non nominatives de moi** prises pendant la session.

Oui

Non

**Signature**

(pour les mineurs signature du responsable légal)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la session

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq				BCG	

SI UN JEUNE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**– RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE :**

Suit-il un traitement médical ?     Oui     Non

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Non			
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AUTRES (animaux, plantes, pollen...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Non			

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

Le jeune présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (Informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?     Oui     Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS** : (comportement du jeune, difficulté de sommeil, ...) :

**PARENTS ou responsable légal :**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_  
**TEL DOMICILE** \_\_\_\_\_ **TEL TRAVAIL :** \_\_\_\_\_ **TEL PORTABLE** \_\_\_\_\_  
**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** \_\_\_\_\_ **N°**  
**SECURITE SOCIALE** (dont dépend le jeune) : \_\_\_\_\_ **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
 J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce jeune.

**DATE :** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL** \_\_\_\_\_



**À conserver**

**Thèmes développés durant la session :**

Approfondir la connaissance de moi-même - Améliorer ma façon de communiquer (écouter et gérer mes émotions) - Réfléchir sur le sens que je veux donner à ma vie - Partager en vérité – Prendre davantage conscience de mon corps et le mettre en mouvement.

Nous invitons aussi à utiliser vos téléphones portables le moins possible : profitez d'être présent à vous-même, à ce qui se passe et aux personnes côtoyées.

**Rappel** : Nous rappelons que l'utilisation de photos, même non nominatives, sur les réseaux sociaux est soumise à l'autorisation des personnes concernées !

**Informations pratiques**

**Pour ceux qui voyagent en train :**

- Des bus partent de la gare de Compiègne et desservent le lycée Jean-Paul 2.
- De même pour le retour, des bus permettent d'arriver vers 13h à la gare de Compiègne.

**Pas d'arrivée après 17h le lundi et pas de départ avant 12h le samedi**

**Le coût de participation à la session est fixé à 320€ - 400€ pour les inscriptions tardives (après le 8 juillet).**

**Pour information, les frais de dossier sont de 40€, si vous annulez moins de 15 jours avant la session nous ne pourrons vous rendre votre règlement.**

**Vous avez la possibilité de faire un geste solidaire permettant d'aider un autre jeune de s'inscrire en faisant un don au CLER (chèque séparé) : un reçu fiscal vous sera adressé pour une déduction de votre impôt à hauteur de 66% du montant de votre don.**

Si vous souhaitez **étaler votre règlement** : il vous suffit, en nous envoyant votre bulletin d'inscription, de nous adresser plusieurs chèques (maximum 3) en indiquant le nom du jeune et les dates d'encaissement au dos des chèques.

Un **tarif de solidarité** (220 €) peut être accordé si nécessaire, merci de nous contacter.

Pour ceux qui bénéficient de l'aide d'un **comité d'entreprise**, faire la demande à l'inscription, une facture acquittée vous sera envoyée à la fin de l'été.

**Des informations complémentaires vous seront fournies avec la confirmation d'inscription**

**Rappel contact** : [edith.guesdon@orange.fr](mailto:edith.guesdon@orange.fr)