



Fiche d'inscription

Séjour concerné :

0 Camp collégien (12-15ans) – du 11 au 24 juillet 2021

0 Camp lycéen (15-18ans) – du 18 au 31 juillet 2021

→ Le / la jeune:

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe⁽¹⁾: M / F

Adresse :

.....

Tel :

Tel Port :

E-mail :

N° de sécurité sociale (du responsable légal le cas échéant):

Régime particulier ou autre information importante :

.....

Pour l'inscription au séjour, merci de nous renvoyer le dossier complété **avant le 10 juin 2021** avec :

- cette fiche d'inscription
- la fiche sanitaire complétée
- l'autorisation parentale + autorisation de droit à l'image remplies et signées
- le règlement à l'ordre du MRJC Côtes d'Armor

Dossier à renvoyer à :

MRJC 22

81 rue Mathurin Méheut

22000 SAINT BRIEUC

Les fiches d'inscriptions peuvent nous être scannées et envoyées à l'adresse : cotesdarmor@mrjc.org

Inscription et prix

En ce qui concerne le règlement du séjour : le prix du séjour est modulable en fonction de vos possibilités. Cela comprend la rémunération des animateurs et des animatrices, les dépenses journalières (matériel pédagogique, pharmacie...), le lieu, les activités, l'alimentation et les éventuels transports.

Coût	Camp collégien	Camp lycéen
Tarif solidaire	375,00 €	400,00 €
Tarif normal	350,00 €	375,00 €
Tarif réduit	325,00 €	350,00 €

Nous acceptons les règlements en plusieurs fois. Dans ces cas-là, merci d'effectuer tous les chèques et de nous indiquer au dos les dates/périodes d'encaissement. Ce camp étant déclaré à Jeunesse et Sports, vous pouvez utiliser les chèques vacances, les bons CAF, les bons MSA. Renseignez-vous auprès de ces organismes. D'ici là, n'hésitez pas à mobiliser d'autres jeunes à venir en séjour. Et n'hésitez pas à me contacter pour toutes questions !

Le prix ne doit pas être un obstacle en cas de difficultés financières, contactez-nous.

Paiement à effectuer à l'ordre du MRJC Côtes d'Armor.

Autorisations

PHOTOGRAPHIES

Dans le cadre de ce séjour, le MRJC peut être amené à prendre ou faire prendre des photographies des jeunes et à les utiliser dans le cadre de sa communication.

Je soussigné(e),, *père/mère/responsable(1)* légal de autorise le MRJC à photographier l'enfant à ma charge et à utiliser ces photographies (cocher les cases pour accepter):

pour la communication interne du MRJC : newsletters, site web, flyers et tracts

pour des articles de presse

les réseaux sociaux Instagram et Facebook. Nous nous engageons à publier uniquement des photographies de groupes de plus de 5 personnes sur les réseaux sociaux et/ou des photographies où les personnes ne sont pas identifiables.

Précisions éventuelles :

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de la personne et ne devront pas porter atteinte à sa réputation. Toute photographie où le visage des personnes n'est pas identifiable est utilisable sans autorisation.

(1) rayer les mentions inutiles

Fait à, le

Signature Précédée de la mention manuscrite " Lu et approuvé, bon pour accord "

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), *père, mère, responsable légal(1)* de

Autorise *mon fils, ma fille* (1) à participer à toutes les activités proposées au cours du séjour (activités, bivouac, sortie...).

Autorise le responsable à transporter en voiture mon enfant pour tout déplacement hypothétique.

Autorise le responsable à prendre toute décision destinée à faire donner les soins nécessaires à mon enfant en cas d'accident, maladie contagieuse ou affection grave, et à suivre les instructions du médecin, notamment en ce qui concerne le transport vers l'hôpital.

M'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.

(1) rayer les mentions inutiles

Fait à, le

Signature Précédée de la mention manuscrite " Lu et approuvé, bon pour accord " :



INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
0698803256 / cotesdarmor.....
.....
.....

OBSERVATIONS

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