



Chers parents,

Le Service Diocésain pour l'Évangélisation des Jeunes (SDEJ) est un service de l'Église catholique en Moselle qui a pour but d'accompagner les jeunes. Les propositions du SDEJ en direction des jeunes s'articulent autour de deux grands axes.

*Certaines activités sont directement à destination des jeunes chrétiens qui désirent approfondir leur foi et leur lien à l'Église.

*Les secondes sont encore plus largement ouvertes à tous et ont pour objet principal l'accompagnement des jeunes, filles et garçons, sur le chemin de la croissance humaine, visant à leur épanouissement et à leur responsabilisation tant sur un plan sociétal que personnel. C'est dans cette logique que, cette année encore, nous proposons **un camp d'été**.

Il aura lieu du **10 au 19 juillet à Fougerolles-Saint-Valbert** dans le département de la Haute-Saône, en région Bourgogne-Franche-Comté d'un point de vue administratif, dans le massif des Vosges pour ce qui est de la géographie physique. **Il s'adresse aux jeunes de 10 à 13 ans.**

Les camps sont l'occasion tisser de passer un bon moment de vacances tout en faisant de nouveaux apprentissages par l'expérience, le jeu, la vie en collectivité. Gage de la qualité de notre séjour, il est déclaré auprès des services de l'Etat et peut être inspecté. Outre la directrice, l'équipe d'encadrement est constituée d'*animateurs et animatrices diplômé(e)s*, ainsi que du personnel d'intendance.

Cet Accueil Collectif de Mineur est ouvert à tous. A certains moments du séjour, les jeunes pourront suivre, selon leur volonté, soit un temps spirituel pour nourrir leur foi chrétienne, soit des temps de réflexion en lien avec les valeurs qui permettent un vivre ensemble de qualité.

En espérant avoir le plaisir d'accueillir votre enfant, pour tout renseignement n'hésitez pas à nous contacter : activites.jeunes57@gmail.com

Karin ZIMMER, directrice du camp

🌀 Activités

Organisées dans l'esprit des colos, les activités sont principalement axées autour de grands jeux et de veillées. A cela viennent s'ajouter des activités manuelles ainsi que des balades dans les environs et des visites ou baignades.

🌀 Accueil et transport

Le séjour se déroule dans une **Maison Familiale et Rurale (MFR)** agréé par le ministère de l'Éducation Nationale. La MFR comprend des chambres de 5 à 9 lits avec des sanitaires intégrés. En plus des espaces extérieurs qui seront privilégiés, la MFR dispose de différentes salles d'activité permettant de lire ou de faire des jeux de société lors des temps libre.

Le transport se fera en bus depuis la Moselle : lieux de ramassage en fonction des inscriptions. Le départ est prévu le mercredi 10 en début de matinée et le retour le vendredi 19 dans l'après-midi.

🌀 Le prix

L'ensemble de l'équipe d'animation est bénévole. Le prix comprend le transport, l'intendance, la location du lieu et l'assurance ainsi que les frais pédagogiques (matériel, visite...). **Le prix est fixé à 450 €.** Nous acceptons les chèques vacances, les Bons CAF et les paiements échelonnés. Nous ne souhaitons pas que le prix soit un obstacle à l'inscription : en cas de difficulté, n'hésitez pas à nous contacter pour trouver une solution.

🌀 Inscription et condition d'annulation

Inscription jusqu'au 14 juin (en fonction des places disponibles). L'inscription est validée à la réception de la fiche d'inscription et du chèque d'arrhes de 150 euros. Afin de faciliter la préparation du séjour, n'hésitez pas à nous contacter rapidement. La totalité du solde doit être versé avant le début du séjour. En cas d'annulation de notre part vous serez entièrement remboursés.

🌀 Et pour suivre tout notre séjour

Chaque jour, votre enfant aura du temps pour vous téléphoner. Vous pourrez avoir des nouvelles régulières grâce à un blog et la page FB du SDEJ (Jeunes Cathos 57).





Feuille d'inscription définitive* (à remplir par les parents)

Date limite d'inscription vendredi 14 juin

Nom : Prénom : Age :
Né (e) le : à : Nombre(s) de frères :
Classe : Ecole : de sœurs :
Activité(s) extrascolaire(s) de l'enfant :

Traits dominants de l'enfant qui pourraient nous aider à mieux le comprendre :
.....
.....

Évènements qui auraient pu marquer l'enfant au cours de l'année (deuil, maladies, changements) :
.....
.....

Recommandations éventuelles des parents :
.....
.....
.....

Coordonnées des parents :

Adresse :
Mail : Tel fixe :
Tel mère : Tel père :
Adresse pendant le camp, (si différente) :
En cas d'urgence prévenir M./Mme : Tel :
Je soussigné (Père, mère, tuteur légal) :

autorise mon enfant : *(rayer les mentions inutiles)*
à participer au camp du SDEJ du 10 au 19 juillet 2024 à Fougerolles OUI - NON
à être transporté en voiture particulière, en bus ou en minibus OUI - NON

Et autorise : *(rayer les mentions inutiles)*
la directrice à prendre toutes décisions rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, y compris l'hospitalisation. OUI - NON
la publication de photos de mon enfant dans le cadre des activités du SDEJ OUI - NON
la conservation de ces informations** durant 5 ans pour être informé de l'organisation d'un nouveau camp ou de propositions similaires. OUI - NON

A :le : Signature

* L'inscription est à envoyer au SDEJ 4 avenue Jean XXIII - 57000 METZ accompagnée d'un chèque d'arrhes de 150 € à l'ordre : « SDEJ ».

**Les données personnelles collectées ne sont utilisées que par le SDEJ et servent seulement à l'organisation du séjour.



**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

Séjour Juillet -SDEJ

1 - ENFANT :

GARÇON FILLE

NOM :

PRÉNOM :

NUMERO DE SECURITE SOCIAL :

DATE DE NAISSANCE :

POIDS : TAILLE : (souvent demandés pour le dosage des médicaments)

*Votre enfant sait-il nager (= est-il capable de faire une longueur de 25 mètres en piscine ?) OUI - NON

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance. Merci de nous prévenir de tout changement de situation entre le moment où ce document est complété et le début du séjour.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES : (préciser) OUI NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) en cours oui non (si oui joindre le protocole et toute les informations utiles)

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

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**

SDEJ (Service Diocésain pour l'Évangélisation des Jeunes)

4 Avenue Jean XXIII

57000 METZ

activites.jeunes57@gmail.com

Tél : 03 87 75 85 98 (lundi-vendredi 8h45-12h30 et 13h45-18h)

OBSERVATIONS éventuelles :