

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR UNE COLONIE DE VACANCES AVEC ELISABETH JEUNESSE

Note importante

Chers jeunes, Chers parents, Chers Tuteurs,

Nous sommes ravis que vous ayez choisi l'offre d'Elisabeth Jeunesse. Afin de finaliser l'inscription et de garantir la participation (de votre enfant), nous avons besoin de l'ensemble des documents complétés. Merci de respecter les délais afin d'assurer une organisation fluide.

Date limite : Veuillez nous faire parvenir les documents originaux **au plus tard 4 semaines** avant le début de l'événement.

Documents obligatoirement à fournir

- Les **coordonnées** du participant
- Le consentement des protections des données** pour l'inscription
- Le consentement parental** pour l'inscription (*pour les mineurs*)
- Une copie de **la carte d'identité ou du passeport** (veuillez vérifier la date d'expiration)
- Une copie de la **carte de sécurité sociale** (recto-verso)
- Une copie du **carnet de vaccination** (recto-verso)
- Justificatif de paiement** (virement) des frais de participation
- Une **autorisation parentale** délivrée par la commune si l'activité est à l'étranger (*pour les mineurs*)
- La fiche de santé du jeune

Documents à fournir en cas de besoins

- La demande **de délégation d'un acte d'aide** – Administration de médicaments (*si nécessaire*)
- En cas d'une demande de délégation d'un acte d'aide, **l'ordonnance du médecin** compétent deviens obligatoire

Elisabeth Jeunesse - Anne asbl
Service Formations pour Jeunes
25, ZAC Klengbousbierg Bâtiment A
L-7795 Bissen
jeunesse@elisabeth.lu

Nous vous prions de respecter la date limite, afin que nous puissions vérifier les documents dans les délais. La participation ne pourra être garantie qu'avec un dossier complet.

Nous vous remercions pour votre coopération et votre confiance !

L'équipe Elisabeth Jeunesse

Coordonnées

1. Données du jeune

Nom* : _____

Prénom* : _____

Sexe* : masculin féminin divers

N° & rue* : _____

Code postal & localité* : _____

📞 Mobile* : _____

✉️ Adresse courriel (E-Mail)* : _____

Date de naissance* : _____

Nationalité* : _____

Informations personnelles à partager (état de santé, alimentation,...)

« Digital World »

📷 Instagram : _____

discord : _____

🔔 Snapchat : _____

Autres : _____

2. Données du/des parent(s)/tuteur(s)

Nom et prénom du parent/tuteur 1* : _____

📞 Mobile parent/tuteur 1* : _____

✉️ Adresse courriel (E-Mail)* : _____

Nom et prénom du parent/tuteur 2 : _____

📞 Mobile parent/tuteur 2 : _____

✉️ Adresse courriel (E-Mail) : _____

3. Colonie de vacances

Nom de la colonie* : _____

Période de la colonie* : _____

Lieu de la colonie* : _____

*Obligatoires

En remplissant cette fiche d'inscription le jeune est assuré tout au long du séjour mentionnée si dessus (Merci de nommer la colonie de vacances en question).

Protection des données

Je/Nous suis/sommes informé(s) de l'utilisation et de l'archivage des données ci-dessus par Elisabeth Jeunesse. Je/Nous donne/donnons mon/notre accord pour recevoir des communications électroniques ou par courrier de leur part. Pour se désinscrire, je/nous peux/pouvons contacter Elisabeth Jeunesse.

Par la signature de cette fiche d'inscription:

- Je/Nous confirme/confirmons avoir lu et approuvé le règlement d'ordre interne ainsi que l'exactitude des données remplies.
- Je/Nous donne/donnons mon/notre accord pour la publication de photos telle que décrit dans le règlement d'ordre interne (article 8).

Par la présente, je/nous confirme/confirmons l'inscription (de mon/notre enfant) pour une colonie de vacances chez Elisabeth Jeunesse.

Consentement parental

Ce paragraphe est obligatoire pour les participants mineurs

Déclaration de consentement parental

Par la présente, je soussigné _____ père / mère / tuteur (biffer ce qui ne correspond pas)

autorise mon enfant _____ (nom et prénom) à participer à la colonie listée sous point 3, organisée par Elisabeth Jeunesse.

J'ai pris connaissance des informations et des règlements concernant la formation et je les accepte.

Nous rappelons aux participants mineurs, que cette déclaration de consentement complétée et signée par le(s) parent(s) ou le(s) tuteur(s) est obligatoire.

_____, le _____ 20 _____

Signature du jeune

**Signature(s) du/des parent(s)/tuteur(s)
(si le jeune est mineur)**

Fiche de santé

Toutes les rubriques/questions doivent être remplies pour que la fiche puisse être considérée comme complète !

Coordonnées du participant

Etat de santé actuel

<u>L'état de santé, présente-t-il des particularités à considérer ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, lesquelles ?</u>				
<u>Le participant souffre-t-il d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.) ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, laquelle ?</u>				
<u>Suit-il un traitement/une médication particulière ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, lequel ?</u>				
<u>Le participant souffre-t-il d'une allergie ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, de quelle ?</u>				
<u>Le participant peut-il participer à toutes les activités, sports,etc. ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si non, lesquelles sont à éviter ?</u>				

Alimentation

<u>Le participant souffre-t-il d'une allergie de l'alimentation ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, de quelle ?</u>				
<u>Le participant souffre-t-il d'une intolérance de l'alimentation ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, laquelle ?</u>				
<u>Le participant suit-il un certain régime alimentaire ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, lequel ?</u>				
<u>Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>

Autres allergies

Le participant souffre-t-il d'autres allergies ? oui non

Intervention consignée par un médecin traitant

<u>Certificat médical: restriction sport</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Existe-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?</u>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
<u>Si oui, lequel ?</u>				

Soins quotidiens

Dans le cadre des soins quotidiens et/ou de blessures, le personnel utilisera exclusivement les produits de cette liste. Le participant peut-il recevoir les soins avec les produits suivants ?

Cedixidin: spray désinfectant pour désinfecter les petites blessures	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
Arnica naturel: gel en cas d'hématomes	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
Physiologica: solution pour nettoyer le nez ou l'œil	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
Purigel: en cas de piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>
Crème solaire: protection solaire	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u>	<input type="checkbox"/>	<u>non</u>

Tiques

Je donne mon accord afin que le personnel puisse enlever les tiques du participant. Le(s) parent(s)/tuteur(s) sera(ient) immédiatement informé(s). oui Non

Le(s) parent(s)/tuteur(s) a/ont pris connaissance qu'il est de leur(s) responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé du participant **et d'informer par écrit immédiatement les responsables de tout changement y relatif.**

_____ , le _____ 20_____

Signature du jeune

**Signature(s) du/des parent(s)/tuteur(s)
(si le jeune est mineur)**

Demande de délégation d'un acte d'aide

**Pour chaque médicament veuillez introduire une nouvelle fiche « Demande de délégation d'un acte d'aide »
Une Copie de l'ordonnance médicale est obligatoire pour chaque médicament**

Je soussigné(e) _____
Prénom _____ et Nom du représentant légal de l'enfant
demande pour le participant _____
Prénom _____ et Nom de l'enfant _____ Matricule du participant _____
sur prescription médicale du Médecin Dr. _____
Nom du médecin _____

Médicament

L'administration du médicament _____
Nom du médicament _____

- Le participant suit un traitement médical temporaire.
 Le participant suit un traitement médical de manière régulière.
 Le participant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou Projet d'Accueil Individualisé).

Suivant l'ordonnance médicale **pour cette maladie**, le médicament est à administrer
suivant la posologie suivante :

Suivant l'ordonnance médicale pour cette maladie , le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :	à partir du ____/____/____ (date) et jusqu'au ____/____/____ (date). ____ fois par jour, aux heures suivantes : ____ / ____ / ____ (heures) Le médicament est à conserver au réfrigérateur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.
--	---

Remarques

Par la présente je donne délégation d'acte d'aide au personnel du service « Elisabeth Jeunesse » en charge de la garde du participant, afin qu'il puisse administrer le(s) médicament(s) décrit(s) ci-avant.
Je certifie par la présente que le médicament a été prescrit par le médecin traitant pour la maladie actuelle en cours de mon enfant.
J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé du participant et d'informer immédiatement par écrit le responsable du service de tout changement important concernant l'administration de ces médicaments au participant. Cette autorisation expire le jour de la fin de la prescription médicale.

Joindre obligatoirement • l'ordonnance médicale en question • le doseur (cuillère, etc) du médicament • la notice du médicament	_____, le _____ 20_____
	_____ Signature du représentant légal