

**Tarifs des Grandes Escales, prix par enfant  
(Selon le nombre d'inscrit aux Escales)  
Février 2019**

	1 enfant	2 enfants	3 enfants
3 jours	90 €	85 €	80 €
4 jours	100 €	95 €	90 €
5 jours	110€	105 €	100 €

**Adhésion à la Maison Alésia Jeunes 30€ par enfant valable pour toute l'année  
2018-2019**

**Règlement par chèque à l'ordre de  
« Maison Alésia Jeunes »**

*Si la question financière était un obstacle, n'hésitez pas à nous en parler.*

**Modalités d'inscriptions**

Pour inscrire votre enfant, complétez et signez le bulletin d'inscription (un bulletin par enfant).

Vous pouvez ensuite nous transmettre ce bulletin, accompagné du règlement :

- Par courrier à :  
Maison Alésia Jeunes – 16, rue du Moulin vert – 75014 Paris.
- Ou directement dans la boîte aux lettres de la Maison Alésia Jeunes située à gauche de la porte.



# L'inspecteur mène l'enquête

**5 JOURS D'ACTIVITES  
DU 25 FEVRIER AU 1ER MARS  
A PARTIR DU CM2**

**ALESIAJEUNES.FR -  
ESCALE.ALESIA@GMAIL.COM**

## - INFOS -

**La Maison Alésia Jeunes propose 5 jours d'activités pour les enfants et les jeunes à partir du CM2**

### **8h30-9h00 : Arrivée des jeunes**

9h00 : Temps de réflexion et lancement de la journée

10h00 : activités manuelles

11h30 : Messe ou temps libre

12h00 : Repas et temps calme

14h00 : Grand jeu

16h : Goûter et conclusion de la journée

### **Départ entre 17h et 17h45.**

Par ailleurs, deux sorties sont prévues lors de cette semaine :

➤ **Escape Game**, le mardi 26

➤ **Au musée de la magie**, le jeudi 28

Les horaires, un peu différents, vous seront communiqués pour ces deux journées.

Prévoir une tenue adaptée aux activités manuelles (salissantes, parfois) et sportives (tenue décontractée).

Les objets de valeurs, les jouets et les appareils électroniques sont invités à rester à la maison.

**Prévoir un pique-nique chaud ou froid, dans un sac en plastique marqué au nom de l'enfant, en fonction du programme d'activités et de la météo.**

## **Projet de l'Escale**

**25 février au 1<sup>er</sup> mars 2019**

### *« L'inspecteur mène l'enquête »*

La Maison Alésia Jeunes, la « MAJ », propose 5 jours d'activités pour les enfants, lors de toutes les « petites » vacances scolaires. Elles ont généralement lieu la première semaine des vacances. Ce sont les « PETITES ESCALES ». Du lundi au vendredi, les jeunes sont accueillis pour faire des activités manuelles et des grands jeux.

Pendant cette semaine, la MAJ est la maison des jeunes : chacun peut s'y sentir chez lui et certains temps permettent de rassembler toutes les personnes présentes dans la maison, quel que soit leur âge.

La dimension familiale se vit aussi dans la participation de chacun à la vie de la Maison (mise du couvert, débarrassage, rangement, etc.).

Le thème des Grandes Escapes de février est *L'inspecteur mène l'enquête*. Les jeunes devront collaborer et développer leur esprit d'équipe pour résoudre l'énigme et percer les mystères du cirque. .

**Pour plus d'informations, n'hésitez pas à nous contacter :**

Par mail : [escale.alesiajeunes@gmail.com](mailto:escale.alesiajeunes@gmail.com)

Par téléphone : 09 83 76 65 59

[alesiajeunes.fr](http://alesiajeunes.fr)

## Fiche d'inscription

**1 fiche à remplir par enfant**

Nom du jeune : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Collège/Ecole : .....

Classe : .....

Inscription pour les 5 jours : oui non

Si non, entourez les jours de présence :

**Lundi    mardi    mercredi    jeudi    vendredi**

### Montant total de l'inscription

- C'est la première fois que mon enfant vient à la MAJ pour l'année 2018-2019 : je paye **30 € d'adhésion** (par enfant).

Mon enfant est déjà adhérent. Il participe ou a participé en 2018-19 :

- Aux Scouts à St Pierre de Montrouge
- A l'aumônerie collège-lycée, à la MAJ
- Aux activités de l'Escale
- Aux précédentes Grandes Escales 2018-19

**Dans ce cas, les 30 € ont déjà été payés.**

- Tarif de la semaine (voir au verso du tract) : .....

**MONTANT TOTAL DE L'INSCRIPTION DU JEUNE : .....**

### Autorité parentale à remplir pour chaque enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Portable : .....

Adresse mail : .....

### J'autorise mon enfant

- à participer aux activités de la Maison Alésia Jeunes
  - à participer à des sorties accompagnées dans Paris.
  - à rentrer seul après le centre à partir de .....h.....
- Si non, veuillez indiquer le nom de la personne qui viendra le chercher.....

- J'autorise le responsable de la Maison Alésia Jeunes à prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- Je suis responsable quant au contenu et à la fraîcheur du pique-nique apporté par mon enfant.

### Droits à l'image

- J'autorise les responsables de la Maison à prendre des photos de mon enfant et à les utiliser pour la communication interne et auprès de nos partenaires (Fondation Notre-Dame, FACEL, Diocèse de Paris, etc.).  
*(NB) : L'Association Maison Alésia Jeunes rappelle que l'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de nom (prénom seulement).*
- Je n'autorise pas les responsables de la Maison à prendre des photos de mon enfant.

*Date et signature du représentant légal de l'enfant  
Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »*



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE 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 AIGU 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  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

### INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui  non

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

### OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....