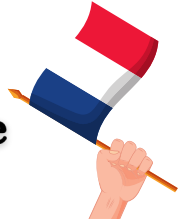




Formulaire d'inscription - 60 ans du traité de l'Élysée



Date et durée de l'échange : 23/10/2023 - 30/10/2023 (8 jours)

Lieux de l'échange :

- 23/10 - 27/10 : Magdeburg
- 27/10 - 30/10 au soir : Amboise

Veillez renseigner les informations correspondantes ci-dessous :

Nom et prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Adresse	Rue : Code postal : Ville :
Adresse mail (du participant)	
Numéro de téléphone	
Numéro de sécurité social	
Régime alimentaire spécifique (allergies etc.)	

Pour en savoir un peu plus sur vous :

<p>En tant que jeune :</p> <ul style="list-style-type: none">• Quels sont les <u>six</u> sujets qui vous préoccupent le plus par rapport à l'avenir de l'Europe ?• De quels sujets aimeriez-vous parler avec d'autres jeunes ?	
<p>Quels sont vos trois endroits préférés dans votre ville (ou alentours) que vous aimeriez faire découvrir aux participants allemands ? (endroits de loisirs, intéressants à voir etc.)</p>	

Documents à fournir :

- Si mineur, photocopie de la carte d'identité du parent ou représentant légal
- Si mineur, photocopie du livret de famille
- Si mineur, photocopie du carnet de santé
- Si mineur, autorisation manuscrite du représentant légal
- Si mineur, autorisation de sortie du territoire (disponible [ici](#))
- Photocopie de la carte d'identité ou passeport
- Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

SI MINEUR, À REMPLIR OBLIGATOIREMENT :

1 - VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	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 DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîtes des médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS DANS ORDONNANCE

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

RUBEOLE <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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <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	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES.....

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

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

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

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

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

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

.....

.....

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

ADRESSE MAIL :

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 :

Compléments d'informations :

Autorisation de photos :

Les enregistrements de moi/mon enfant qui seront faits pendant la rencontre peuvent être utilisés pour les relations publiques, les sites Web (site Web et réseaux sociaux) et la documentation de Bildungsnetzwerk Magdeburg gGmbH/Europäische Jugendbildungsstätte Magdeburg et pour le Centre Régional Information Jeunesse Centre-Val de Loire (merci de barrer ce qui ne s'applique pas).

OUI / NON

Frais de participation :

Les frais de séjour sont pris en charge par les structures organisatrices. Cependant il est demandé des frais de participation de 20,00 € par personne. Veuillez transférer le montant sur le compte suivant d'ici le 5 octobre 2023. Merci d'indiquer le nom – prénom (du participant) – traité de l'Elysée, dans l'objet du virement. Votre inscription sera définitive à réception du paiement.

CRIJ ORLEANS

IBAN : FR76 4255 9100 0008 0026 9106 733

BIC : CCOPFRPPXXX

Banque Crédit Coopératif

Envoi du formulaire :

Veuillez envoyer le formulaire soit par la poste :

Centre régional d'information jeunesse, 3 rue de la Cholerie, 45000, Orléans

ou par e-mail à ines.nedjar@ijcentre.fr

Signature :

Par ma signature, je confirme les informations contenues dans ce document et ma participation au projet ci-dessus

Signature du participant :

Signature du représentant légal :

Ce projet est financé par l'Office franco-allemand pour la jeunesse, la région Centre-Val de Loire, la Chancellerie d'État de Saxe-Anhalt et l'Agence d'État de Saxe-Anhalt pour l'éducation civique. Le projet est coordonné par le Centre européen d'éducation des jeunes de Magdebourg en coopération avec le Centre Régional Information Jeunesse Centre-Val de Loire. La mise en œuvre de la mesure dépend du financement par tous les partenaires de coopération.