

# WAPI "Z"



## 24H



**POUR STOPPER LA CONTAMINATION.**

Du 6/04 - 17h au 07/04 - 17h.  
A la MJ Vaniche (Frasnes)  
organisé par la cellule animation du CjWapi.

PAF : 15€

Inscris-toi dans ton CJ (si tu l'oses)



**DOSSIER D'INSCRIPTION.**

## PRÉSENTATION

Ce document est à remplir pour s'inscrire au « Wapi Z », séjour de 24h organisé par les Centres de Jeunes du CJWapi. Ce séjour du 6 avril 2017 au 7 avril 2017 se déroulera à la MJ Vaniche, Route de Lessines, 1 à 7911 Frasnes-Lez-Buissenal. Les frais de participations s'élèvent à 15€ et couvrent les animations, les repas, l'hébergement ainsi que les assurances.

Cette aventure s'adresse aux jeunes de plus de 12 ans. Ils auront 24h pour stopper l'épidémie du virus « Z »...

## LE MATÉRIEL À EMPORTER

Sac de couchage + pyjama

Un matelas pneumatique ou un lit de camp + oreiller

Trousse de toilette (essuies, brosse à dent, savon, ...)

Une paire de chaussure pour l'intérieur et une pour l'extérieur.

Une lampe de poche

## AUTORISATION PARENTALE, DÉCHARGE MÉDICALE

Je soussigné(e), ..... père, mère, tuteur (biffer les mentions inutiles) autorise mon fils/ma fille ..... à participer au Wapi Z.

Durant ce séjour, je place mon fils/ ma fille sous l'autorité et la responsabilité de son animateur au sein du centre de jeunes. J'autorise celui-ci à prendre toutes les mesures médicales urgentes que nécessiterait l'état de santé de mon enfant. Je m'engage également à rembourser tous les frais liés à une éventuelle intervention.

Je m'engage à remplir une fiche médicale et à fournir la carte d'identité de mon fils/ ma fille.

Fait ..... à .....  
Le.....

Signature

## FICHE INDIVIDUELLE DE SANTÉ (Restera strictement confidentielle)

### PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom du chef de famille : .....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Tél. ..... privé :fixe:.....GSM:

Tél. travail : .....



## **DONNÉES MÉDICALES**

Nom et prénom du médecin traitant : .....

Maladie(s) antérieure(s) et opération(s) subies:

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

	oui	non	Quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Épilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Autres :			

## **VACCINS ET ALLERGIES :**

-A-t-il (elle) été vacciné(e) contre le tétanos ? oui - non  
année ..... rappel .....

- Est-il (elle) allergique ?

-à certains produits alimentaires ? oui - non

Si ..... oui, ..... lesquels :  
.....

-à certains médicaments ? oui - non.

Si ..... oui, ..... lesquels :  
.....

-au soleil ? oui - non

quelles précautions prendre :.....  
-à d'autres choses ? oui - non  
Si oui, lesquelles :  
.....

**LOISIRS :**

Peut-il (elle) pratiquer la natation ? oui – non  
Sait-il (elle) nager ? oui – non  
Y a-t-il d'autres activités/sports qu'il (elle) ne peut pas pratiquer ?  
.....  
.....  
.....

**REPAS :**

Y-il a t-il des aliments qu'il (elle) ne digère pas ? oui - non  
lesquels :.....  
.....  
Suit-il (elle) un régime particulier ? oui – non  
et si oui lequel :  
.....  
Est-il (elle) végétarien(ne) ? oui – non

**AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES :**

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

**DROIT À L'IMAGE**

---

Suivant la nouvelle législation sur le droit à l'image, nous devons bénéficier de votre accord pour utiliser l'image de votre enfant pour la communication autour du projet (article de journaux, site internet, ...)

- Je soussigné .....
- 0 Autorise l'utilisation des photos de mon enfant sur Internet et sur les parutions uniquement dans le cadre du Wapi Z.
  - 0 N'autorise pas l'utilisation des photos de mon enfant.

Date : .....

Signature