

# Journées MADEP Vaud

## rêver créer agir



Pour les enfants de 9 -14 ans  
**16-17 février à Lausanne, St Joseph**

Locaux paroissiaux de l'église catholique,  
Av de Morges 66, 1004 Lausanne.

Deux jours de camp pour jouer, tisser des liens, rêver et s'émerveiller, concrétiser des projets, et bien plus encore !!!

Les inscriptions à la journée sont possibles, mais nous vous encourageons à participer aux deux jours afin de favoriser la dynamique de groupe.

**Pour qui :** Tous les enfants de 9 à 14 ans.

**Lieu :** Locaux paroissiaux de l'église catholique St-Joseph, Av. de Morges 66, 1004 Lausanne.

**Horaire :** de 9h à 17h30.

**Prix :** Une participation de 5.- par jour et par enfant pour le matériel et le goûter est demandée; à payer sur place.

**Repas de midi :** Pique-nique individuel préparé par les parents.

**Contact :** Muriel Calame, 077.436.18.90 [madep@cath-vd.ch](mailto:madep@cath-vd.ch)

# Inscription et décharge pour St Joseph

Formulaire d'inscription à renvoyer au : MADEP-ACE Vaud, bd de Grancy 29, 1006 Lausanne ou par E-mail : [madep@cath-vd.ch](mailto:madep@cath-vd.ch) jusqu'au 2 février 2025.

Par la présente, j'inscris mon enfant :  le lundi  le mardi et l'autorise à participer aux activités proposées durant ces journées.

Enfant:

Nom et prénom .....

Date de naissance .....

Adresse postale .....

Parents:

Nom et prénom du papa .....

N° de téléphone .....

Nom et prénom de la maman .....

N° de téléphone .....

E-mail .....

Merci de répondre aux questions suivantes pour nous permettre d'agir rapidement en cas d'imprévus. Nous nous engageons à traiter ces informations de manière confidentielle.

## Fiche de santé

Assurance maladie (nom et n° de police).....

Assurance accident (nom et n° de police ).....

Problèmes de santé ? .....

Allergies?.....

Traitements en cours OUI/NON

Nom du médicament : .....

Posologie.....

- Autorisez-vous les animatrices à donner les médicaments suivants:

Désinfectant Merfen et crème antiseptique Bepanthen OUI/ NON

Dafalgan OUI/NON

Granules d'arnica OUI/NON

Fenipic Plus /Fenistil OUI/NON

Autre : .....

- En cas d'urgence, autorisez-vous les premiers secours, le médecin, le milieu hospitalier, à entreprendre tous actes nécessaires pour soigner le.la mineur.e ? OUI /NON

- Personne à contacter en cas d'urgence (atteignable en tout temps durant les journées MADEP) : Nom et prénom .....

N° de téléphone.....

### **Droit à l'image**

- Acceptez-vous que des photos de votre enfant prises lors de l'activité soient publiées dans les publications (écrites/web) de l'Eglise Catholique ou du MADEP – ACE ? OUI/NON

Le MADEP-ACE décline toute responsabilité en cas de perte ou dégât matériel.

Lieu, date .....

Signature du. de la représentant.e légal.e : .....

Signature de l'enfant.....