

Dates	Activités	Cases à Cocher	
		Prendra la navette au départ de ma commune	Ira par ses propres moyens sur place
10/04	Aventure et défis version fort boyard		
11/04	Accrobranche—17 €		
	Défi cuisine -6 €		
12/04	Sortie laser games fast food-15€		
13/04	Mountain board-15 €		
14/04	Initiation et match de rugby		
15/04	Finist' Aire de jeux		
18/04	Journée koh lanta-13 €		
	Tournoi de hand ball		
19/04	Init parkour-7 €		
21/04	Tournoi multisports		

MURDER PARTY	Préparation et animation les 19 et 20 avril		
	Joueur Le 20 avril		

ATTENTION : si le règlement des précédentes vacances n'a pas été effectué nous REFUSERONS l'inscription.

Veuillez prévenir si votre enfant est absent, sinon nous serons obligés de facturer

<http://ulamircentresocialdugoyen.blogspot.com/>

Inscriptions obligatoires
auprès de l'animateur ou au
02 98 54 54 20* 06 83 28 03 31

Lieux de rendez-vous des navettes :

Gourlizon : Foyer des jeunes
Guiler sur Goyen : Devant la Mairie
Landudec : Place des 3 ormes
Ploneour Lanvern : Espace Raphalen
Plovan : Place du figuier
Plozevet : Maison des jeunes
Pouldreuzic : Devant la salle de sports
Peumerit : Devant le local jeunes
Tréogat : Salle Multifonction
Plogastel st Germain : Foyer des jeunes (espace st joseph)

* Les horaires de passage du bus sur votre commune seront fixés en fonction des inscriptions. Vous pourrez les consulter, 24h avant l'activité sur notre répondeur au
02 98 54 90 69



Ulamir du Goyen
Centre Social



ANIMATION
JEUNESSE

COLLEGIENS
LYCEENS

HAUT PAYS
BIGOUDEN

DU 10 AU 22 AVRIL 2017



ULAMIR DU GOYEN
Centre Social
Rue Parc Zalé 29710 Plogastel st Germain
Tél 02 98 54 54 20* 06 83 28 03 31
E-mail : ulamir.jeunesse@orange.fr

Lundi 10 avril	après-midi	Aventure et défis version Fort Boyard <i>gratuit- navette ou rendez-vous à 13h30 à l'espace st joseph à Plogastel st Germain</i>
Mardi 11 avril	Fin de matinée après-midi	Adrénature Parcours dans les arbres <i>Prévoir pique -nique -Navette-17 €</i>
	Fin d'après-midi soirée	Défi cuisine <i>Navette ou rendez-vous à 17h30 au foyer communal de Plozévet-6 €</i>
Mercredi 12 avril	Soirée	Sortie laser games-fast food <i>Navette- 15 €- prévoir argent de poche pour le repas</i>
Jeudi 13 avril	Fin de matinée Après-	Mountain board <i>Skate tout terrain-prévoir son pique-nique-Navette -15 €</i>
Vendredi 14 avril	Après-midi et début de soirée	Initiation et match de rugby dans le cadre du championnat Europe u18 Prévoir son goûter-gratuit-Navette
Samedi 15 avril	Après-midi	Finist'aire de jeux Fouesnant-fête du jeu <i>gratuit-Navette</i>

Préparation, construction du jeu
le **MERCREDI 19 AVRIL** et
animation de la murder
le **JEUDI 20 AVRIL**

FIN DE MATINEE ET APRES-MIDI
Prévoir un pique-nique-Gratuit- navette ou
rendez-vous à 11h à l'ancienne école de Poul-
dreuzic

Participation au jeu pour résoudre l'énigme
le **JEUDI 20 AVRIL**

APRES-MIDI

Gratuit- navette ou rendez-vous à 13h30
à l'ancienne école de Pouldreuzic



Mardi 18 avril	Fin de matinée après midi	Journée aventure Koh Lanta <i>En partenariat avec l'association nature « le bivouac » épreuves par équipe (feu, orientation...) Prévoir des vêtements qui peuvent être salis Prévoir pique nique-navette -13 €</i>
	Matinée après-midi	Tournoi de hand ball intercentres <i>Prévoir pique-nique-navette-gratuit</i>
Mercredi 19 avril	soirée	Init Parkour, le fameux art de déplacement des Yamakasi avec le « traceur » Dominique Lexilus <i>Navette ou rendez-vous à 19h15 à l'espace Raphalen à Plonéour Lanvern-7 €</i>
Vendredi 21 avril	Matinée et après-midi	Tournoi multisports inter centres <i>Prévoir pique-nique -gratuit-navette</i>

OUVERTURE FOYER DE PLOZEVET
MERCREDI 12 AVRIL DE 14H à 16H
MARDI 18 AVRIL DE 14H à 16H

PROJETS JEUNES
BOEUF BOURGUIGNON A EMPORTER
10 € la part dessert compris
Apéritif offert
Samedi 22 Avril
À retirer au centre Kerheol à Plogastel st Germain entre 17h et 19h30
Réservation obligatoire jusqu'au 18 avril 2017 au 02 98 54 54 20
ULAMIR CENTRE SOCIAL DU GOYEN
Rue Parc Zalé-29710 Plogastel st Germain-02 98 54 54 20

VACANCES DE PRINTEMPS 2017
FICHE D'INSCRIPTION COLLEGIENS LYCEENS CCHPB

NOM.....
Prénom.....
Date de naissance.....
Adresse.....
Nom et adresse du représentant légal
.....
N° allocataire CAF :
Tél (domicile) :
Tél (travail) :
Si vous souhaitez recevoir les prochains programmes veuillez nous indiquer votre Adresse e-mail :
.....
Pour les sorties après le retour du car j'autorise mon enfant à rentrer seul
OUI NON
Je soussigné Monsieur, Madame
responsable(s) légal(aux) de
• Autorisent mon (mes) enfant(s) à participer aux activités organisées par l'ULAMIR centre social du Goyen.
• Autorisent mon (mes) enfant (s) à prendre le mini-bus dans le cadre des différents transports prévus pour les activités programmées.
• Autorisent l'animateur présent à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence en cas de nécessité.
• Autorisent l'animateur à prendre en photo mon enfant pour une diffusion sur le blog et/ou les brochures de l'ULAMIR du Goyen
• Pour des raisons matérielles, météorologiques ou pratiques l'activité peut se terminer avant l'heure indiquée : j'autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens
Fait à Le.....
Signature



**MINISTERE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU MINEUR**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant **les activités** organisées par l'association **ULAMIR CENTRE SOCIAL DU GOYEN**. Elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle est **obligatoire** dans notre cadre législatif. Elle est à remplir une fois par an.

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Je soussigné(e)déclare que mon enfant est vacciné.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION .

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? OUI NON

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A T-IL DEJA EU DES ALLERGIES :

Si oui, précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir**. Si automédication le signaler.

.....

.....

.....

.....



**MINISTERE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU MINEUR**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant **les activités** organisées par l'association **ULAMIR CENTRE SOCIAL DU GOYEN**. Elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle est **obligatoire** dans notre cadre législatif. Elle est à remplir une fois par an.

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Je soussigné(e)déclare que mon enfant est vacciné.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION .

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? OUI NON

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A T-IL DEJA EU DES ALLERGIES :

Si oui, précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir**. Si automédication le signaler.

.....

.....

.....

.....



**MINISTERE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU MINEUR**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant **les activités** organisées par l'association **ULAMIR CENTRE SOCIAL DU GOYEN**. Elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle est **obligatoire** dans notre cadre législatif. Elle est à remplir une fois par an.

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Je soussigné(e)déclare que mon enfant est vacciné.

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION .

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? OUI NON

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A T-IL DEJA EU DES ALLERGIES :

Si oui, précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir**. Si automédication le signaler.

.....

.....

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles , comportement de l'enfant :.....
.....
.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT.....
N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant).....- OBLIGATOIRE-

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles , comportement de l'enfant :.....
.....
.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT.....
N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant).....- OBLIGATOIRE-

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles , comportement de l'enfant :.....
.....
.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT.....
N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant).....- OBLIGATOIRE-

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :