



Journées MADEP-ACE Vaud

« En-Quête » de Sens ...

Pour les enfants de 9 à 14 ans

23 au 25 avril 2025 à Bussigny

Locaux paroissiaux de l'église catholique - rte du Jura 14

MADEP-ACE Vaud
Bd de Grancy 29
CH-1006 Lausanne
madep@cath-vd.ch
www.madep-ace.ch



Informations

Ce printemps, nous vous proposons un programme sur trois jours autour du thème « *En-Quête de Sens...* »

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

Horaire

De 9h à 17h30

Prix du camp

Participation de fr 5.- par jour et par enfant à payer sur place (pour le matériel et le goûter)

Repas de midi

Pique-nique individuel à la charge des parents

Remarque

Par l'inscription de votre enfant, vous autorisez le MADEP-ACE à l'emploi de son image dans le cadre limité de ses publications et sur son site internet. Nous déclinons toute responsabilité en cas de perte ou dégâts matériels.

Contact : Clemencia Biberstein 076 522 86 58 madep@cath-vd.ch

Formulaire à remettre au MADEP-ACE d'ici le 7 avril

à envoyer à madep@cath-vd.ch ou à remettre à votre animateur (trice) MADEP

INSCRIPTION BUSSIGNY

Inscription pour un copain ? remplir un 2^e formulaire 😊

Âge ☐ 9-11 ☐ 12-14

Cocher les jours de présence

☐ mercredi 23

☐ jeudi 24

☐ vendredi 25

Enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Médication / Allergie _____

Parents

Nom, prénom (papa) _____

Portable _____

Nom, prénom (maman) _____

Portable _____

Adresse postale _____

E-mail _____

Date et signature d'un parent _____

Signature de l'enfant _____

Décharge pour les journées MADEP-ACE d'avril

Je soussigné.e,
représentant.e légal.e de
l'enfant.....

Autorise celui-ci à participer aux activités proposées durant ces journées.
Par la présente, j'autorise le MADEP-ACE Vaud à l'emploi de l'image de
mon enfant dans le cadre strict de ses publications et sur son site internet.

En cas de besoin, j'autorise les animatrices à donner les médicaments
suivants :

- ☐ Désinfectant Merfen ☐ Dafalgan ☐ Granule d'arnica
☐ Fenipic Plus /Fenistil ☐.....

En cas d'urgence, j'autorise les premiers secours, le médecin, le milieu
hospitalier, à entreprendre tous actes nécessaires pour soigner
le.la mineur.e.

En cas d'absence, je nomme comme référence Monsieur et/ou Madame
.....

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

Lieu, date

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

M A D E P - A C E Vaud