



WEEK-END NATIONAL TA (13-15 ans)

Cher Témoin Aujourd'hui,

L'équipe nationale du MEJ Liban et la commission nationale de la branche TA te proposent **un week-end national « spécial TA » sous le thème de « LIVE LOVE TA » et ceci le samedi 5 et le dimanche 6 Mars 2016.**

Ce week-end sera pour toi l'occasion de faire connaissance de plusieurs TA venant d'autres centres et de partager des moments forts inoubliables.

Afin de mieux nous organiser et de mieux nous préparer à ce week-end, nous te communiquons ci-dessous des informations importantes que tu ne dois pas oublier :

Début du week-end : Samedi 5 Mars 2016 à 09h30

Fin du week-end : Dimanche 6 Mars 2016 à 17h30

Lieu : Centre Père Chalhoub - Bzimmarr

Cotisation : 30.000 L.L.

Tu es prié de confirmer ou d'infirmier ta présence à ce week-end auprès du responsable de ton centre avant **le vendredi 26 Février 2016** et d'envoyer la **fiche de santé obligatoirement et une copie de ta carte d'identité.**

En espérant te rencontrer et vivre ensemble 2 jours d'ouverture, de partage, de joie et de vie MEJique et Eucharistique, nous t'assurons de notre amitié.

Responsable TA au niveau national

Pedro Aoun

Responsable National

Maria Bou Rjaily

Ci-dessous, la liste des affaires à apporter avec toi au camp :

- Pantalons jeans (entre 1 et 2)
- sweat-shirts ou pulls (2)
- Sous-vêtements (2)
- Chaussettes (2 à 3 paires)
- Pyjama
- Effets de toilette : savon, brosse à dents, dentifrice, serviette ...
- Carte d'assurance
- **INSTRUMENT DE MUSIQUE**
- **BIBLE**
- Sac de couchage
- Tapis de sol (mousse ou matelas)
- Casquette
- Espadrilles
- **Sweat-shirt MEJ**
- Lampe de poche
- Sacs vides pour le linge sale
- **Le Carnet personnel du MEJ + crayons**



IL EST PRÉFÉRABLE QUE TU INSCRIVES TON NOM SUR TES AFFAIRES.



Fiche de santé

Prénom(s) : _____ Nom : _____

Né(e) le : _____

Prénom(s) du père : _____ Numéro du père : _____

Prénom(s) de la mère : _____ Numéro de la mère : _____

Adresse : Région : _____ Rue : _____

Imm : _____ Tel à domicile : _____

Pour plus de précautions, veuillez répondre à ces questions :

1. Vous avez fait un vaccin antitétanique ? oui non

Date du vaccin : _____

2. Vous êtes allergique à

Un médicament : _____

Un aliment : _____

Une piqûre d'insecte : _____

Autres : _____

3. Suit-il un traitement médical actuellement ? oui non

Si oui, lequel : _____

Prescription : _____

4. Nom du médecin traitant, ainsi que son adresse : _____

Adresse : Région : _____ Rue : _____

Imm : _____ Tél. : _____

5. Type d'Assurance

Assurance privée : _____

Sécurité Sociale

Autres : _____

6. Observations supplémentaires que vous jugez utiles de signaler :
