



مشور عدد: 2018/04

إلى السادة :

03 مايو 2018

الرئيس المنتدب للمجلس الأعلى للسلطة القضائية ، الرئيس الأول لمحكمة النقض
رئيس النيابة العامة ، الوكيل العام للملك لدى محكمة النقض
المنسوب العام لإدارة السجون وإعادة الإدماج
الكاتب العام لوزارة العدل
المفتش العام لوزارة العدل
مديري الإدارة المركزية
الرؤساء الأولين لمحاكم الاستئناف والوكلاء العاميين للملك لديها
الرؤساء الأولين لمحاكم الاستئناف التجارية والوكلاء العاميين للملك لديها
الرئيس الأول لمحكمة الاستئناف الإدارية
رؤساء المحاكم الإدارية
رؤساء المحاكم الابتدائية ووكلاء الملك لديها
رؤساء المحاكم التجارية ووكلاء الملك لديها
المديرين الفرعيين الإقليميين لدى محاكم الاستئناف
مديري مراكز الإصصاف التابعة للمؤسسة

الموضوع: حول تنظيم المخيم الصيفي لموسم 2018

سلام تام بوجود مولانا الإمام

وبعد،

يشرفني أن أنهي إلى علم كافة السادة قضاة وموظفي وزارة العدل وموظفي المنووية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج ومستخدمي المؤسسة المحمدية للأعمال الاجتماعية لقضاة وموظفي العدل ، أن إدارة المؤسسة منتظم المخيم الصيفي لموسم 2018 بالمركز الدولي أهلتيكا بارك بأكاير لفائدة أبناء منخركيها المتروحة أعمارهم ما بين 9 و14 سنة (أي من مواليد 01 /07 /2004 إلى غاية 01 /07 /2009) بما فيهم الأصفال في وضعية إعاقة ، وذلك خلال شهري يوليو و غشت 2018 .

وقد حدد واجب المشاركة بالنسبة لكل حفل كما يلي:

x بالمجان بالنسبة لأبناء منخركي المؤسسة اليتامى وفي وضعية إعاقة .

x بالمجان بالنسبة لأبناء منخركي المؤسسة المصنفين في سلم الأجرور 6 فما تحت .

x 100 درهم : بالنسبة لأبناء منخركي المؤسسة المصنفين في سلالم الأجرور من 07 إلى غاية سلم 9 .

x 200 درهم : بالنسبة لأبناء منخركي المؤسسة المصنفين في سلالم الأجرور من سلم 10 فما فوق .

لذا، يتعين على الراغبين في مشاركة أبنائهم في هذا النشاط التربوي الإبداء بالوثائق التالية :

x كتيب المشاركة وفقاً للنموذج رفقة .

x نسخة من بطاقة التعريف الوطنية للأب أو الوالي .

x نسخة من بطاقة العضوية بالمؤسسة .

x نسخة أصلية حديثة من عقد ازدواج الابن (a) (أي من مواليد 01/07/2004 إلى غاية 01/07/2009).

x شهادة كسبية للابن (a) ، حاملة لصورته تثبت قدرته البدنية على المشاركة في المخيم .

x شهادة كسبية للابن (a) في وضعية إعاقة ، حاملة لصورته، تثبت لهيئة ونوعية إعاقته (حسية ، حركية ، ذهنية، بصرية) ،

مع الإبداء بنسخة من الملف الكسبي لنوعية الإعاقة .

x كسب متبني يحمل اسم وعنوان الأب أو الوالي .

x وصل الأداء يثبت دفع مبلغ المشاركة في المخيم في حساب المؤسسة المفتوح لدى الخزينة العامة بالرباط تحت

رقم : 31 08 10 10 00 12 47 01 28 47 01 46 .

وللاشارة، فإن إدارة المؤسسة لا تتحمل مسؤولية كل كسب ثبت أنه مصاب بمرض جاد أو مزمن أو معدي أو كسور

حديثة لم يتم التصريح بها في الشهادة الكسبية المدلى بها بعد إجرائه للفحص المضاد أثناء التحاقه بالمخيم.

تودع كسبات المشاركة في المخيم بالمديرية الفرعية الإقليمية لدى محكمة الاستئناف بالدوائر القضائية التي ينتمي

إليها آباء وأولياء الأصفال وذلك قبل 31 ماي 2018 وهو آخر أجل لوضع الكسبات، وسيتم إخبار المرشحين المتوفرين

على الشروط المطلوبة بمقر المخيم وأماكن الانطلاق وتاريخ بداية المرحلة، علماً بأن تحديد المراحل التقييمية بالنسبة

للدوائر القضائية يبقى من اختصاص إدارة المؤسسة.

هذا، وفي حالة كثرة الكسبات ستم عملية الفرز وانتقاء المرشحين بناء على معايير تحددها اللجنة الإدارية

للمؤسسة في هذا الشأن.

وألغت انتباه آباء وأولياء الأصفال إلى أن هذه التظاهرة التربوية مخصصة فقط لأبناء منخرطي المؤسسة

السادة قضاة وموظفي وزارة العدل وموظفي المندوبية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج ومستخدمي المؤسسة

والمقاعدين.

وفي حالة التنازل عن المشاركة في المخيم، يجب إخبار إدارة المؤسسة كتابة أسبوعاً على الأقل قبل

انطلاق المرحلة التقييمية وإلا سيقتل الحق في استرجاع مبلغ المشاركة المؤدى ملفاً.

وامتداداً إلى ما سبق ذكره، فإن الكسبات التي ترد على إدارة المؤسسة غير المستوفية لشخصي السن والقراءة

فهي مبدئياً مرفوضة، ولا يحق للمعني بالأمر كسب إرجاع مبالغ المشاركة الذي سبق إيداعها في حساب المؤسسة.

وعلى ضوء هذه التوضيحات، الرجاء تعميم فحوى هذا المنشور على كافة العاملين تحت إمرتكم.

والسلام .

المدير العام للمؤسسة

بالتفويض

أمينة بوراسي



طلب
المشاركة في المخيم الصيفي
لموسم 2018

- أنا الموقع أسفله :
- الإسم العائلي والشخصي :
- رقم البطاقة الوطنية :
- الصفة الإدارية :
- الاسم الإداري :
- مقر العمل :
- المنزل الشخصي :
- البريد الإلكتروني :
- رقم التاجير :
- رقم بطاقة الإنخراط :
- رقم الهاتف الثابتالمحمول.....

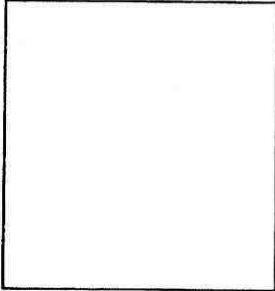
أشهد أنني ألتصت على شروط المشاركة في المخيم الصيفي لموسم 2018 الواردة في المنشور المعلن عن تنصيبه ،
وأرغب في تسجيل ابني (a) ، للمشاركة في هذا النشاط التربوي .

الرقم	اسم الممثل	تاريخ الانضمام	علاقة القرابة	المسؤول الدراسي	العائلة الصحية الممثلة	تاريخ الإجابة أو التبرير

وأشهد أن ابني (a) ، غير مصاب (a) - حسب علمي - بأي مرض جاد أو مزمن ، ولم يتمرض مؤخر الآية كسور حديثة
تتمتع بمشاركته في المخيم ، وأتحمل مسؤوليتي الكاملة فيما يخص المعلومات التي أدليت بها في هذا الطلب .
كما أنني على علم بأن إدارة المؤسسة غير ملزمة بإرجاع مبلغ المشاركة في المخيم في حالة غياب ابني (a) عن
المشاركة في هذا النشاط وفي حالة عدم توفره على شئ لهن السن والقرابة المنصوص عليهما في المنشور المعلن عن تنصيب
هذه التظاهرة التربوية .

الإيضاح

شهادة طبية
Certificat médical



Je soussigné docteur.....
Médecin du certifie que la-la (x)
(formation de la santé publique)
Jeune âgé(e) de ans
(nom et prénom)
Ne présente actuellement aucune des affections énoncées au verso et qu'un séjour au camp
de vacances à la mer (x) à la montagne (x) ne lui est pas contre indiqué

Taillecm poidskgs
Urine : albsucre
Vaccination 001- fait le
N.B/ pour les inaptes cas de contre indications
Médicale le certificat sera conservé par le service de santé (médecin examinateur)
Ale

FICHE DE RENSEIGNEMENT

ورقة المعلومات

A remplir par les soins des parents ou d'un tuteur, avant la visite médicale

- | | |
|---|--|
| <p>1- Maladies antérieures :
(Encercler les maladies antérieures)
Typhoïde - rhumatisme- Diphtérie Tbe.
Paludisme.
Autres Maladies.</p> | <p>2- Accidents, Interventions chirurgicales
Nature et dates
.....
.....
.....</p> |
| <p>2- Vaccination en Règle : Oui, non, ignoré (x)
Antitétanique - antidiphtérique- antipolymyélite – BCG.
Pénicilline : A-t-il déjà reçu de la pénicilline oui- non- Plusieurs fois (x)
A-t-il eu après injections, des réactions de la peau, urticaires ou autres ? oui-non (x)
Sérum : (antitétanique antidiphtérique anti-veineux antiscorpionique etc.reçu déjà : oui- non (x)</p> | |

DECLARATION DES PARENTS

تصريح الآباء

Je soussigne (père, mère ou tuteur) autorise le service sanitaire du camp à faire pratiquer sur mon fils.
Fille tout acte thérapeutique ou intervention chirurgicale jugés nécessaires par le médecin traitant.
(x) barrer la mention inutile. ALe

Signature des parents.

N.B/ La visite avant le départ pour camps ou colonies est obligatoire et devra être effectuée dans les 15 jours précédant le départ le présent certificat sera exigé et devra ETRE PRESENTE par l'intéressé au moment du départ au chef du groupe sous peine de sa non admission au camp.

Dans l'intérêt de tous, ne pourront être admis ceux qui présentent une des affections suivantes :

- Toutes maladies transmissibles aiguës ou chroniques.
- Cardiopathie pour les camps de montagne (altitude moyenne plus de 1200m) même simple tachycardie ou souffle doit être refusée sauf avis du spécialiste qui doit être joint à ce certificat.
- Troubles nerveux ou psychiques, épilepsie d'une façon générale, toute affection ou état de santé nécessitant une surveillance et un contrôle médicale particulier pendant la durée du séjour au camp ou présentant des inconvénients pour la vie en collectivité devront être refusés.
- Parasitoses poux de tête de corps, gale, teignes.
- Affections cutanées : impétigo, pyodermites, plaies, étendues infectées, eczémas.
- Affections oculaires et O.R.L conjonctivites purulentes, Trachome évolutif, troubles et déficiences visuelles graves et non corrigées, otite chronique.
- Infections intestinales : dyspepsie chronique, denture en mauvais état, parasitose intestinale.

Nom et Prénom
 (Nom en Capitale imprimerie et Prénom usuel)
 Groupement
 Camp ou coloniePériode20.....

PERSONNE A PREVENIR

Nom et Prénom
 Adresse

Signature de Médecin du camp

MOTIF DU RENVOI ET AFFECTION A SIGNALER		
DATE	MALADIES	OBSERVATIONS

ALe 20.....