



Autorisation Parentale pour les moins de 18 ans

M. et Mme ⁽¹⁾, père mère tuteur ⁽¹⁾

Adresse complète (Rue, Code postal, Ville)

Tél. (où l'on peut joindre la famille aux dates du séjour. Préciser si portable père, portable mère...) :

N° de la carte de sécurité sociale des parents.....

N° de la carte vitale du jeune (s'il en a une)

Assurance complémentaire des parents.....

autorisent leur fils/fille⁽¹⁾ :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : ans Groupe, ou paroisse :

à participer au **Mont Saint Michel du 13 au 15 avril 2019**

et donnent aux responsables l'autorisation de :

- Transporter en car leur enfant, et au cas de besoin en voiture,
- faire pratiquer toute intervention médicale en cas d'urgence durant le séjour
- d'utiliser les images (photos ou vidéos) prises lors du pèlerinage sur les médias diocésains (Courrier Français, Eglise en Poitou, site internet).

Le prix du pèlerinage est de 140 euros.

Fait à.....le

Signature des Parents, précédé de la mention « Lu et approuvé »

Informations supplémentaires sur le jeune ⁽²⁾ :

- Je suis musicien, et souhaite participer par la musique oui non
Si oui, préciser l'instrument

1- ENFANT

FICHE SANITAIRE NOM : _____

PRENOM : _____

DE LIAISON DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR : **DU 13 au 15 AVRIL 2019 Maison d'accueil, Etoile de la Mer, allée du presbytère, 50530 saint Jean le Thomas**
 CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG :			<i>Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007-1111 du 17/07/2007</i>		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

INDIQUEZ CI-APRES :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT.

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE
 (JOINDRE L'ATTESTATION)
 N° de Sécurité Sociale :

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L’ENFANT

Père (titulaire de l’autorité parentale) :

Nom
Prénom.....
Portable.....
Téléphone domicile :.....
Téléphone bureau :
Portable :
Adresse pendant le séjour :.....
.....
.....
.....
Mail.....

Mère (titulaire de l’autorité parentale) :

Nom.....
Prénom.....
Portable.....
Téléphone domicile :.....
Téléphone bureau :
Portable :
Adresse pendant le séjour :.....
.....
.....
.....
Mail.....

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l’inscription.....
.....

Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....
.....

6 – AUTORISATION

En cas d’accident ou de maladie, le Centre s’efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l’enfant au Service des Urgences le plus proche.

- Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l’état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

- Nous autorisons le Centre, **en cas d’indisponibilité absolue des deux parents**, à reprendre l’enfant à la sortie de l’Établissement de santé.

Je soussigné,....., responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Fait àle...../...../..... Signature des parents :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L’ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l’organisateur du séjour
ASSOCIATION DIOCESAINE DE POITIES
1-3 place Sainte Croix 86035 POITIERS CEDEX

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....

Pèlerinage diocésain des collégiens au Mont Saint Michel du 13 au 15 avril 2019



Hébergement :

Maison d'accueil
Etoile de la Mer
Allée du Presbytère
50530 Saint Jean le Thomas
Tél. : 02 33 48 84 24

Horaire de voyage à préciser ultérieurement :

Départ le samedi 13 avril (tôt le matin : 7h-8 h selon le lieu)
Retour le lundi 15 avril (tard en soirée : 22h selon le lieu)

Prix et paiement :

Prix total: 140 euros - chèque à l'ordre: JEUNE EN POITOU – ou selon la paroisse, groupe scolaire à préciser
Déduire du chèque le montant des chèques vacances
Pour toute aide prendre le renseignement auprès de la responsable du groupe.

Dossier complet à rendre à l'animateur avant le 15 mars 2019

- Autorisation parentale
- Fiche sanitaire de liaison

Trousseau :

1 drap housse
1 taie d'oreiller
1 duvet
Trousse de toilette complète
1 serviette de toilette
1 pyjama
3 changes complets
1 polaire
1 tenue de pluie
1 bonnet
1 écharpe
Des chaussures de marche
Pantoufles
Tongues
1 sac à dos (moyen)
1 short court
1 petite serviette de bain
1 pique-nique pour le samedi
1 paquet de gâteaux à remettre à l'animateur
1 bouteille d'eau ou 1 gourde
Trousse de crayons, carnet de notes
Jeux de cartes, instrument de musique
Petite monnaie pour aller aux toilettes publiques
Les téléphones portables, mp3 et console de jeux sont interdits.

Contact en cas d'urgence

Coordinateur du groupe :
Freddy Marilleau
Tél : 06 72 00 79 33
pastorale-jeunes@poitiers-catholique.fr

Adresse : Jeunes en Poitou
10 Rue de la Trinité
86000 POITIERS