

AUTORISATION PARENTALE Pèlerinage diocésain Lourdes 2024

Je soussigné (e) :

Père

Mère

Nom et prénom : Nom et prénom :

N° de tel pendant le pèlerinage :

Domiciliés à :

Domiciliés à (si adresse différente):

Autorisons notre enfant (nom et prénom) :

Né (e) le :

N° de portable (s'il en a un) :

A participer au pèlerinage à Lourdes du 29 juillet au 3 août 2024 et à participer aux activités encadrées et animées par la Direction Diocésaine des Pèlerinages.

Notre enfant sera accompagné par M et/ou Mme :

Adresse

Lien de parenté : Père/Mère Frère/Sœur Grand-père/Grand-mère Oncle/Tante

Autre lien : (À préciser)

N° de portable :

Au titre de référent pendant le pèlerinage à Lourdes du 29 juillet au 3 août 2024.

À ce titre, le référent **majeur est responsable du comportement du mineur pendant toute la durée du pèlerinage (transport compris).**

Toute décision de la Direction des Pèlerinages devra être appliquée. La Direction des pèlerinages se réserve le droit de prendre toute décision en cas de nécessité absolue (hospitalisation et/ou opération chirurgicale).

Par ailleurs, j'autorise

je n'autorise pas

la diffusion de photos, vidéos ou de tout autre support sur lequel figure mon enfant.

Fait à :

Le

SIGNATURES précédées de la mention « Lu et approuvé » :

PÈRE

MÈRE

DOCUMENT À NOUS RETOURNER – complété et signé



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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

FICHE REFERENT JEUNES MINEURS

Le Mans, le 4 avril 2024

Nom – Prénom du mineur :Nom- Prénom du Référent :

Merci de remettre ce document signé à la direction des pèlerinages.

Chers amis,

Nous vous souhaitons un bon pèlerinage et nous vous remercions pour votre présence à Lourdes. C'est pour nous une grande joie d'accueillir des jeunes mineurs, mais c'est aussi un engagement supplémentaire que nous prenons, et nous devons respecter la réglementation exigée par la loi française.

- ✚ La responsabilité civile du Service Diocésain des Pèlerinages, en tant qu'organisateur, est engagée pendant le déroulement du programme de notre pèlerinage, et s'exerce à l'égard des jeunes mineurs inscrits au pèlerinage, accompagnés ou non par un membre de leur famille.
- ✚ En dehors des horaires indiqués sur les différents programmes (enfants, jeunes, valides ou hospitaliers), les mineurs sont placés sous la responsabilité de leur famille ou de leur référent.
- ✚ C'est pour ces différentes raisons, que chaque mineur doit connaître et rester en relation avec un adulte référent qui doit obligatoirement résider dans le même lieu d'hébergement à Lourdes.

A Lourdes, personne à contacter : Mme FLURIN Sylvie au 06 20 98 91 60

Nous tenons à appeler votre attention sur quelques précautions indispensables :

- ❖ Les jeunes mineurs doivent être accompagnés d'un adulte majeur, lorsqu'ils ne sont pas dans les Sanctuaires, dans leurs lieux d'hébergement ou dans le cadre d'une activité organisée par leur groupe et cela d'une manière particulièrement rigoureuse après 20 h.
- ❖ Les mineurs, en particulier les jeunes hospitaliers, qui souhaiteraient sortir le soir après leur service, doivent demander la permission à l'adulte qui est leur référent, dans le lieu où ils sont hébergés, en indiquant l'endroit où ils vont et rentreront impérativement **avant 22 h**. Les sorties le soir doivent toujours se faire en groupe ; Si le mineur et son référent ne sont pas hébergés dans le même hôtel, le responsable de l'hôtel devra s'assurer que le mineur est bien rentré à 22 h.
- ❖ Autre responsabilité du référent : vérifier que dans l'hébergement où les mineurs lui sont confiés, les conditions d'une saine mixité soient respectées. Il doit prévenir en outre toute consommation incontrôlée de tabac ou d'alcool.
- ❖ En cas de problème avec un ou plusieurs mineurs dont il a la responsabilité, le référent doit aussitôt en avvertir le responsable du pèlerinage : **Sylvie FLURIN à l'Hôtel Angelic de Lourdes au 05 62 94 23 05 ou 06 20 98 91 60.**
- ❖ En cas de non-respect de ces règles par le jeune mineur, le référent et le responsable du pèlerinage, se réservent le droit d'interdire toute sortie au mineur et de tenir informé la famille des problèmes rencontrés.
- ❖ Nous sommes certains de votre compréhension, et comptons sur vous. En vous souhaitant un bon pèlerinage, nous vous prions, chers pèlerins, de bien vouloir accepter nos sentiments les plus amicaux.

Sylvie FLURIN
Directrice du service des Pèlerinages

Signature du jeune mineur
« Lu et approuvé »

Signature de l'adulte référent
« Lu et approuvé »