



PÈLERINAGE À TAIZÉ

du 28 octobre au 1^{er} Novembre 2021

Le pèlerinage d'action de grâce est organisé à la Communauté de Taizé en Bourgogne, pour les jeunes confirmés, dont tu fais partie, et les lycéens.

Le Groupe du Doyenné de Mantes y rejoindra plusieurs milliers d'autres jeunes venus de toute la France et de l'Europe. Tu trouveras, ci-dessous, toutes les informations nécessaires à ton inscription et à ton séjour.

Aller / retour en autocar

→ **Jeudi 28 Octobre** : RDV à **13 h 00** à Ste Anne de Gassicourt

(Mantes la jolie) **départ à 13h30**

→ **Lundi 1^{er} novembre** : retour prévu à Mantes **vers 18 h 30** devant l'Église Ste Anne de Gassicourt



BULLETIN D'INSCRIPTION

IL EST IMPÉRATIF D'AVOIR 15 ANS RÉVOLUS A LA DATE DU SÉJOUR

Je soussigné(e)

Père / Mère / Tuteur légal

Adresse

.....

Téléphone

Mail

Autorise mon fils / ma fille :

Né(e) le / ans

A emporter

- deux pique-niques (jeudi midi et jeudi soir)
- de quoi écrire
- vêtements de pluie
- chaussures étanches (pas de chaussures à talons !)
- **un duvet chaud**
- une couverture bien chaude
- un nécessaire de toilette,
- une lampe de poche
- un sac poubelle
- quelques paquets de gâteaux
- éventuellement de l'argent de poche (max. 15€) et bien sûr aucun objet de valeur.

Modalités :

Bulletin d'inscription, fiche sanitaire et règlement à remettre aux accueils paroissiaux avant le 10/10/2021

Agnès MICHEL - Paroisse St Jean-Baptiste - Aumônerie - 2 rue la Fontaine,
78200 Mantes-la-Jolie
secretariat.tiberiade@gmail.com

✂

À participer au pèlerinage d'action de grâce qui aura lieu à Taizé du jeudi 28 octobre au lundi 1^{er} novembre 2021.

J'autorise en outre l'aumônerie Tibériade et son représentant sur place à prendre toutes les mesures médicales nécessaires à la santé du mineur en cas de besoin.

Je déclare assumer toute responsabilité pour tout préjudice ou dommage pouvant être occasionné par le mineur, à l'occasion de sa participation aux rencontres, une assurance responsabilité civile ayant, de préférence, été souscrite.

Je règle les frais du séjour d'un montant de 100 € - chèque à l'ordre de « AEP Mantes ».

Je joins également une fiche sanitaire complétée et signée.

Fait àLe

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes

mesures rendus nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :