



FRAT à Jambville –22 au 25 Mai 2026



Le Frat de Jambville réunit plusieurs milliers d'adolescents de 13 à 15 ans pour un week-end exceptionnel de chants, de prières, de témoignages, de célébrations et de rencontres. C'est un moment fort de foi et de fraternité, joyeux et profond, que beaucoup de jeunes gardent comme un souvenir marquant de leur adolescence !

Autorisation parentale

Je, soussigné(e) (*NOM, prénom du responsable légal*) :

Tuteur légal de (*indiquer le nom du jeune*) :

Né(e) le (*date de naissance du jeune*) :

Demeurant :

L'AUTORISE à participer au FRAT 2026 (transports en car compris) qui aura lieu du vendredi 22 mai (au soir) au lundi 25 mai 2026 (après-midi) à jambville (78440).

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise ses responsables de groupe, à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par son état. Cette personne pourra également le sortir du service des urgences, si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

N° de téléphone sur lequel je suis joignable pendant toute la durée du FRAT :

Remarques (allergies, traitements etc....) :

(*en cas de traitement, joindre une copie de l'ordonnance*)

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (loi "Informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée).

Nous sommes susceptibles d'exploiter les photos prises pendant le pèlerinage.

En cas de désaccord, cochez cette case

Clôture des inscriptions : vendredi 6 mars 2026
Aucune inscription ne sera possible après cette date

FRAT à Jambville – 22 au 25 Mai 2026

Règlement

Prix du pèlerinage :

- Tarif solidaire : 225€ par jeune
- Tarif normal : 204€ par jeune
- Tarif famille : 174€ par jeune (à partir de 2 jeunes de la même famille)
- Tarif réduit : 174€ par jeune*

*Pour pouvoir bénéficier de ce tarif réduit, il vous sera demandé de fournir un justificatif de votre coefficient familial

Ce forfait comprend : le transport, l'hébergement en pension complète, la garantie annulation, les assurances (rapatriement, bagages et responsabilité civile).

- Je règle à l'aumônerie la somme de€
- Je règle à l'aumônerie la somme de€ (pour jeunes de la même famille)
- Je fais un don de€ pour qu'un autre jeune puisse partir en pèlerinage

- Je souhaite faire un don déductible d'impôt. Pour cela, merci de scanner le QR Code ou se connecter sur le site :
<https://www.venio.fr/donation/84/P8KTSB/create?fund=2163>
et sélectionner « DIOCESE de VERSAILLES (78)-6557-17048-AEP Tibériade de Mantes la jolie »



(Possibilité d'échelonner le paiement en 3, 5 ou 10 chèques)

Je joins : la fiche sanitaire CERFA dûment remplie
 le règlement par chèque(s) à l'ordre de « AEP Mantes ».



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M F 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
Diphthérie				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
MEDICAMENTEUSES 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

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 :

5-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 rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :
Signature :