

## INFOS PRATIQUES

\* **Prix : 253 Euros** (assurance comprise)

Pour un paiement en plusieurs fois, envoyer tous les chèques (à l'ordre de « Pèlerines de Vendée ») avec le bulletin d'inscription en précisant la date de dépôt pour chaque chèque.

\* **Voyage en car :**

Aller :

- . départ de Vendée le mercredi 25 avril aux environs de 23h00
- . arrivée à Lourdes le 26 avril vers 7h30 (petit-déjeuner servi à l'hôtel)

Retour :

- . départ de Lourdes le dimanche 29 avril aux environs de 13h30 (après le déjeuner)
- . arrivée en Vendée en soirée (dîner pique-nique en cours de route)

\* **Logement en hôtel**

\* **Inscription** auprès de votre mouvement, aumônerie, paroisse ou directement à :

Maison du Diocèse St Paul - Pélé Jeunes

PELERINAGES DIOCESAINS DE VENDEE

62 rue Joffre-CS 70249-85006 LA ROCHE SUR YON cedex

pelerinages@catho85.org - 02 51 44 15 56

Certificat immatriculation Atout France n° IM085110002

\* **Date limite d'inscription : 16 février 2018.**

Toute inscription nous parvenant après la date de clôture pourra être refusée.

**NB :** Un courrier sera envoyé à chaque inscrit une semaine avant le départ.

Pour les accompagnateurs souhaitant impérativement une chambre individuelle : **supplément 60 €.**

# Pélé jeunes à LOURDES

Lycéens et étudiants  
16-25 ans

25-29 AVRIL 2018



Faites tout ce qu'il vous dira.

Pèlerinages de Vendée 62 rue Joffre-CS70249-85006 LA ROCHE SUR YON cedex-Tel 02 51 44 15 56

# Inscription Pélé Jeunes

Pour les mineurs : n'oubliez pas de compléter l'attestation parentale au dos de cette fiche.

NOM : ..... PRENOM : .....

Garçon  Fille

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse précise : .....

Tel : ..... Portable : .....

E-mail : .....

## Charte Pélé Jeunes

En venant librement au pèlerinage, je choisis d'entrer dans la démarche humaine et spirituelle qui m'est proposée.

### Je m'engage à :

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter toutes les personnes présentes à Lourdes (pèlerins, hôteliers, personnel du sanctuaire...)</li> <li>• Vivre autant que possible l'accueil, le service envers les autres</li> <li>• Adhérer au programme proposé chaque jour et à participer de manière constructive à la vie du groupe en respectant les horaires des activités et les consignes qui seront données</li> <li>• Respecter les règles de vie du pèlerinage, les décisions de mon accompagnateur et des responsables</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à avoir une attitude responsable dans mes relations avec les autres, notamment dans mon affectivité</li> <li>• Ne pas introduire d'alcool dans les hôtels et ne pas en consommer avec excès</li> <li>• Ne pas posséder et consommer de produits illicites</li> <li>• Ne pas sortir de mon hôtel la nuit</li> <li>• Ne pas partir seul(e) si je suis mineur(e).</li> </ul> |
|---|--|

En cas de faute grave, je serai rapatrié(e) à mes frais.

Fait à ..... le .....

Signature du jeune :

### IMPORTANT : documents à compléter et à envoyer pour constituer votre dossier d'inscription

- ✓ Fiche d'inscription
- ✓ Charte signée
- ✓ Droit à l'image et coordonnées

- ✓ Fiche sanitaire de liaison pour les mineurs
- ✓ Autorisation parentale pour les mineurs
- ✓ Chèque(s) à l'ordre de Pèlerinages de Vendée

## POUR LES MINEURS

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	.....	____/____/____
Du DT coq	.....	____/____/____
Du Tétracoq	.....	____/____/____
D'une prise polio RAPPELS	.....	____/____/____
	.....	____/____/____

	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	____/____/____	.....	____/____/____	.....	____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	1 <sup>er</sup> RAPPEL	____/____/____	.....	____/____/____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

POURQUOI ? .....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	.....	____/____/____
	.....	____/____/____

#### III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non   oui	non   oui	non   oui	non   oui	non   oui
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non   oui	non   oui	non   oui	non   oui	non   oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

..... / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

..... / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Droit à l'image et coordonnées

Je soussigné(e) (NOM et prénom de l'inscrit).....

ou ..... agissant en qualité de père, mère, tuteur :

autorise  n'autorise pas

le Service des Pèlerinages de Vendée à **prendre des photos** pendant le séjour et à les publier dans les divers outils de communication du Diocèse (Catholiques en Vendée, site internet, Facebook, journaux internes des services et mouvements...)

autorise  n'autorise pas

le Service des Pèlerinages à **transmettre vos coordonnées** à tout autre mouvement ou service du Diocèse de Luçon.

**Signature :**

## Autorisation Parentale (mineurs)

Je soussigné(e) (NOM et Prénom).....

Adresse : .....

Tel : ..... Portable : .....

autorise mon fils / ma fille (NOM, Prénom) : .....

né(e) le : ...../...../.....

**à participer au Pèlerinage à LOURDES  
organisé du 25 au 29 avril 2018.**

. J'autorise le Directeur des Pèlerinages ou son délégué à prendre toute décision concernant la santé de mon fils/ma fille et en particulier à le (la) faire hospitaliser.

. J'autorise toute intervention médicale ou chirurgicale qui se révélerait nécessaire.

. Je demande à en être aussitôt avisé(e) à l'adresse suivante : (si différente de l'adresse ci-dessus) .....

Tel : .....

Fait à ..... le .....

**Signature :** précédée de la mention « Bon pour autorisation. »

### IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIVRE-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui

SI OUI, LEQUEL ? .....  
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

### V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

.....

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....	.....	.....	.....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : .....  
DATE : .....

### PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)

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

ARRIVEE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DEPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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