



Service Diocésain des Pèlerinages
1 rue de Berry - 41000 BLOIS
- tél.-rép : 02.54.57.26.48 - 06.71.04.31.33
pelerinage@catholique-blois.net

JEUNES

PELERINAGE DIOCESAIN A LOURDES
Du Dimanche 10 au Vendredi 15 juillet
2016

BULLETIN D'INSCRIPTION

(à faire parvenir avant le 1^{er} Juin 2016 directement
au Secrétariat des pèlerinages)

INSCRIPTION DE (prénom) NOM
Prénom et NOM du jeune

PARENTS ou TUTEURS

M.-Mme - Mlle NOM Prénom

Adresse ville.....

Code postal.....

Tél Portable.....

Courriel..... N° S.S (obligatoire).....

Autorisent leur fils fille (prénom et nom)°.....

Né(e) le..... à..... classe (septembre prochain).....

à participer au pèlerinage à Lourdes
du Dimanche 10 au Vendredi 15 juillet 2016
et autorisent Monsieur Thierry Chevalier, directeur du pèlerinage,
à prendre toute décision urgente concernant sa santé,
y compris l'intervention chirurgicale.

Ci-joint, acompte de 125 € (espèces, chèque N°.....)

A l'ordre de « **Service Diocésain des Pèlerinages** »

(Si vous l'avez déjà fait, veuillez le rappeler.)

Et 1 enveloppe timbrée à l'adresse des parents ou tuteurs

A.....le.....

Signature du jeune

signature des parents

PRIX DU PELELINAGE : 250 €

Je m'engage à verser le **solde au plus tard le 10 Juin 2016.**
(sauf accord préalable avec le directeur du SDP))

Le prix s'entend par personne et en pension complète -

Il comprend : Le transport par car A/R/ Blois - Lourdes
L'hébergement en pension complète
Les activités proposées au programme

Il ne comprend pas : les boissons (autres que l'eau), les pourboires,
les quêtes aux célébrations, les activités hors programme.

INSCRIPTION FERME, dès réception du présent bulletin, de l'acompte de 125 €
et d'une enveloppe timbrée à votre adresse.
ci-joint une fiche sanitaire à remplir et à retourner
impérativement avec l'inscription.

J'ajoute € par solidarité -

Vous pouvez aider un jeune pour qui Lourdes serait encore
un rêve impossible, pour raison financière -

Toute personne peut se désister en cas de nécessité -

A plus d'un mois du départ, une somme de 30 € sera retenue pour frais -
A moins d'un mois du départ, une somme de 75 € sera retenue pour frais -

EN CAS D'ACCIDENT : prévenir :

M.-Mme-Mlle.....

tél : portable.....

« Les informations recueillies sont nécessaires à votre inscription à ce pèlerinage.
Elles font l'objet d'un traitement au sens de la loi informatique et Liberté et sont
destinées au service des pèlerinages. En application de l'article 39 et suivants de la loi
du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux
informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir
communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à ce même
service des pèlerinages :
(consultation service juridique de la CEF - loi 6.08.04 article 22)

Registre des Opérateurs de Voyages et de Séjours : IM041110003



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, COQUELUCHE, ALLERGIES (ASTHME, ALIMENTAIRES), VARICELLE, ANGINE, ROUGEOLE, OTITE, RHMATISME ARTICULAIRE AIGU, OREILLONS, SCARLATINE, MÉDICAMENTEUSES, 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 PARCOURANT 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.

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

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

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES