

Coupon-réponse 8 mai 2017

▪ **Nom du groupe, de la paroisse, du secteur paroissial :**

.....

Diocèse :

▪ **Responsable du groupe :**

Nom :

.....

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél :

Mail :

▪ **Nombre approximatif d'enfants :**

	- de 11 ans (primaires)	12-13 ans (6 ^e -5 ^e)	+ de 13 ans (4 ^e et +)
Filles			
Garçons			

▪ **Nombre d'accompagnateurs :**

▪ **Nombre de prêtres :**

▪ **Nom des prêtres :**

▪ **Choix des ateliers :** Parmi la liste proposée ci-après, merci de choisir 2 propositions de 3 ateliers. **Le souhait concerne l'ensemble du groupe inscrit.**

▪ **Souhait A :** - 11h00.....
 - 14h00.....
 - 14h50.....

▪ **Souhait B :** - 11h00.....
 - 14h00.....
 - 14h50.....

▪ **Ateliers proposés :**

- 1- Catéchèse sur le déroulement de la messe
- 2- Introduction à l'adoration et temps d'adoration
- 3- Méditation (lectio divina) sur lectures du jour
- 4- Le service de la messe... et après ? (*engagement à vivre l'évangile au quotidien : mission, solidarité...*)
- 5- Jean-Marie enfant : comment a grandi son amour de Dieu ? (*amour pour la messe, organisateur de processions, homélies à ses camarades...*)
- 6- Chant (*préparer le chant d'offertoire*) [*pour les servantes*]
- 7- Témoignages sur la vocation (*séminariste, religieuse, prêtre*)
- 8- Jeu sur la mission
- 9 - Pèlerinage au Monument de la Rencontre (*il pourra être fait en dehors des ateliers si vous avez le temps !*)
- 10 - Vidéo de 15 min sur la vie du Curé d'Ars + visite avec le jeu découverte

Autorisation parentale

(à donner au curé ou responsable du groupe)

Je soussigné (Nom et prénom des parents ou tuteurs) :

autorise mon enfant :

à participer au rassemblement des servants d'autel et servates d'assemblée à Ars, le 8 Mai 2017.

J'autorise les accompagnateurs responsables à faire donner les soins nécessaires ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale à mon enfant en cas de nécessité constatée par un médecin.

En cas d'hospitalisation, à la sortie de l'hôpital, mon enfant sera confié(e) à l'une des personnes dont les noms suivent :

À :

Le :

Signature :

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

ceifa
N° 10088702

1 - ENFANT
NOM : _____ PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : _____

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).
CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui / non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
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

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 AIGU	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 LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISER : _____

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT
NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

Le 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 : _____
NOM, PRÉNOM, ADRESSE, TÉLÉPHONE : _____

OBSERVATIONS : _____