



INFORMATIONS

Voici les informations avant le départ des « Aventuriers de Ker Landa » 2024 à Penestin !

Nous vous donnons rendez-vous :

Lundi 21 octobre à 12h au centre du Palendrin – Kerséguin – 240 allée du Palendrin – 56760 PENESTIN, la **fin est prévue jeudi 24 octobre** à 18h.

Prévoir un pique-nique pour le lundi midi.

Ce qu'il faut apporter :

- Un sac de couchage
- Un drap housse
- Une taie d'oreiller
- Une lampe de poche avec une pile de rechange
- De bonnes chaussures de marche dans lesquelles le jeune est à l'aise pour marcher (pas des neuves)
- Des bottes
- Des chaussons
- Un manteau
- Vêtements de pluie (cape de pluie)
- Vêtements chauds (pull ou polaire)
- Vêtements de rechange pour toute la durée du séjour
- Une tenue adaptée pour l'extérieur (on est dans les bois, vêtements qui ne craignent rien ...)
- Un maillot de bain et une serviette de plage
- Un pyjama
- Un nécessaire de toilette (gant – serviette – savon – brosse à dent – dentifrice)
- Un sac à linge sale

A rajouter dans votre sac, une bonne dose de bonne humeur !!!!



LES AVENTURIERS DE KER LANDA

Du 21 au 24 octobre 2024

Lieu : Centre du Palendrin à Penestin

Accueil : Lundi 21 octobre 2024 à 12h00

Fin : Jeudi 24 octobre 2024 à 18h00

Organisation

Ce séjour est proposé par le service du Pôle Jeunes du diocèse de Vannes.

Règlement du séjour

Le coût du séjour s'élève à **120 € par enfant**. L'inscription sera définitive après réception du dossier complet.

Le chèque est à établir à l'ordre de : *ADV Pôle Jeunes*. Le dossier devra être envoyé à l'adresse ci-dessous :

Pôle Jeunes – 55 rue Mgr Trehiou – CS 92241 – 56007 VANNES Cedex

Fiches à compléter et à nous retourner :

- Fiche signalétique
- Charte de l'aventurier
- Autorisation familiale et droit à l'image
- Fiche sanitaire

Pièces à joindre au dossier :

- Photocopie de l'**attestation** de la carte Vitale (et non pas photocopie de la carte vitale). Possibilité de téléchargement sur le site de votre caisse d'assurance maladie
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie de la carte nationale d'identité du jeune ou du livret de famille. (En cas d'hospitalisation ou consultation médicale il nous est demandé de pouvoir prouver l'identité de votre enfant).

FICHE SIGNALÉTIQUE

Jeune

Nom :

Prénom : Sexe : F M

Date de naissance : Age :

Classe :

Adresse mail :

Parent(s) ou représentant(s) légal(ux)

M. Mme

.....

Adresse

.....

.....

Code Postal : Ville :

Adresse mail :

Numéros de téléphone :

Domicile :

Travail :

Portable :

Le séjour

L'encadrement est assuré par des animateurs adultes en mission auprès de jeunes.
Les repas seront préparés sur place.

Je suis musicien, et je peux apporter un instrument de musique.

Lequel ?

CHARTRE DE L'AVENTURIER

A remplir par le jeune

La réussite de cette aventure dépend de ma bonne volonté et de mon engagement à vivre à fond tout ce qui me sera proposé. Je choisis d'entrer dans la démarche humaine et spirituelle de cette aventure.

Pour bien vivre ensemble, m'ouvrir aux autres et contribuer à la bonne ambiance du séjour, je m'engage à :

- Respecter les horaires et les consignes donnés par les adultes
- Respecter les lieux et les personnes qui nous accueillent : attitudes, tenues vestimentaires correctes, propreté des lieux
- Avoir une hygiène corporelle
- Ne pas avoir de relations exclusives
- A ne consommer ni alcool, ni drogue. La consommation d'un de ces produits entraînera mon exclusion immédiate.

Afin de faciliter ma relation aux autres, à moi-même et à Dieu, je suis invité(e) à ne pas **m'encombrer de mon MP3, MP4, téléphone, jeux vidéo ...**

Les organisateurs déclinent toutes responsabilités en cas de perte ou de vol.

J'ai pris connaissance de la « charte de l'aventurier ». Je souhaite participer à l'aventure, et j'adhère, en parfaite connaissance de cause, à ce projet.

Fait à Le

Signature du jeune

A remplir par les parents

Je soussigné (e)

ai pris connaissance de la charte de l'aventurier ci-dessus.

J'adhère, en parfaite connaissance de cause, à ce projet.

Fait à Le

Signature des parents

AUTORISATION FAMILIALE

Je soussigné,

Madame, Monsieur

Autorise mon fils, ma fille :

A participer au camp « Les Aventuriers de Ker Landa » au centre du Palendrin à Penestin organisé par le service du Pôle jeunes, qui se déroulera du 21 au 24 octobre.

J'autorise mon fils, ma fille, à participer aux activités proposées par l'équipe d'encadrement

J'accepte que mon enfant soit transporté éventuellement en voiture.

J'autorise également la direction des aventuriers de Ker Landa à prendre toutes les dispositions nécessaires pour faire pratiquer sur mon enfant tous soins médicaux, chirurgicaux, ou transfusion sanguine jugés nécessaires par avis médical durant cette période. Je m'engage à rembourser aux organisateurs les frais avancés (consultation, médicaments, ...)

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise les organisateurs à fixer, reproduire, représenter et communiquer les photographies de mon enfant (revues, site internet, publication dans la presse écrite, ...).

La présente autorisation est consentie sans limitation de durée.

OUI NON

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement général sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de limitation, de portabilité, d'effacement, de modification et de rectification des informations vous concernant. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel, ainsi que d'un droit d'opposition. Vous disposez enfin du droit de définir des directives générales et particulières définissant la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès, ces droits.

Vous pouvez exercer ces droits auprès du Délégué à la protection des données à l'adresse suivante :

Association Diocésaine de Vannes – 14 rue de l'Evêché – CS 82003 – 56001 VANNES CEDEX

Enfin vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière des données à caractère personnel

Fait à Le



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE : 20 - 20

1. IDENTITÉ

Nom			
Prénom			
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Date de naissance		Poids	

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

2. PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.

Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- NON.

En cas de problème de santé au long cours, nécessité d'en parler avec l'assistant sanitaire ou un chef de la maîtrise. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut s'avérer nécessaire et être mis en place. Si un PAI a été établi à l'école, une copie peut être fournie, sinon un modèle scout existe sur doc en stock.

3. POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT (pour améliorer l'accueil de l'enfant)

Par exemple : troubles du sommeil, mouille son lit la nuit, saignements de nez, régime alimentaire, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, votre fille est-elle réglée ? etc.

--

ALLERGIES

Aliments, médicaments

Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

4. VACCINATIONS

Il est **demandé** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet**.

Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)				Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	<i>Infanrix Hexa® Hexyon®</i>	<i>Pentavac®</i>	<i>Repevax®</i>	<i>Revaxis®</i>	
Coqueluche			<i>Boostrix®</i>		
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		<i>Engerix B® Genhevac®</i>			

Maladie	Nom du vaccin	Nombre d'injections reçues
Méningocoque C	<i>Neisvac® Meningitec®</i>	
Pneumocoque	<i>Prevenar®</i>	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	<i>Priorix® / MMR Vax pro®</i>	
Tuberculose	<i>BCG</i>	
COVID	<i>Comirnaty® / SpikeVax®</i>	

Autre	Hépatite A (<i>Avaxim®</i> , <i>Vaqta®</i> , <i>Havrix®</i>)	Typhoïde (<i>Typhim®</i>)	Fièvre jaune (<i>Stamaril®</i>)	Rage (<i>Vaccin rabique</i>)
Date				

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.

Date :

Signature :

Je soussigné.e,

responsable légal de l'enfant, déclare

exactes 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 et Signature des parents :

Observations pendant le séjour :