



# DOSSIER D'INSCRIPTION LOURDES 2025

## INFOS PRATIQUES

### Pèlerinage :

**Départ : lundi 7 avril**, à différents horaires qui seront précisés ultérieurement.

**Retour : samedi 12 avril** dans la matinée, au même lieu que celui du départ.

Vous recevrez mi-mars un courrier récapitulatif vous indiquant les horaires de départ et de retour.

### Organisation :

Ce séjour est proposé par le Pôle Jeunes en lien avec le service diocésain des pèlerinages.

L'encadrement est assuré par des animateurs majeurs ayant l'expérience des jeunes.

L'hébergement est en hôtel et au village des jeunes.

Le transport se fait en car.

### Les Tranches d'âge :

- Startis : 6<sup>ème</sup>/5<sup>ème</sup>
- Maxis : 4<sup>ème</sup>/3<sup>ème</sup>
- Lycée

### Règlement du séjour :

Le coût du séjour s'élève à **329 €**

Possibilité de paiement en trois fois. Les chèques-vacances ANCV sont acceptés.

***L'inscription sera définitivement validée à la réception de l'ensemble des documents ainsi que du règlement.***

### Fiches à compléter et pièces à joindre au dossier :

- Fiche 2 : Fiche signalétique
- Fiche 3 : Charte du pèlerin
- Fiche 4 : Autorisation familiale et droit à l'image
- Fiche 5 : Fiche sanitaire
- Photocopie des vaccinations
- Une photo du jeune
- Photocopie de l'attestation de la carte Vitale (et non pas la 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.

**A expédier avant le 15 Mars 2025 à :**

**Pôle Jeunes**  
55 rue Mgr Tréhiou  
CS 92241  
56007 Vannes cedex

ou

**Référent local**



## FICHE SIGNALITIQUE

### Jeune

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Age : .....  
Adresse :  
.....  
.....  
.....

Ma situation en septembre 2024 :

- Collège Classe :
- Lycée :

Je viens au pèlerinage des jeunes pour la :

- 1ère fois
- 2ème fois
- 3<sup>ème</sup> fois et +

Je souhaite partir avec les jeunes de ma zone géographique :

- Oui
- Non

Si non, je souhaite partir avec les jeunes du secteur de : .....

Je suis musicien et je peux apporter mon instrument de musique : .....

Je suis servant d'autel et je peux apporter mon aube : .....

### PARENTS

M. Mme. : .....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Adresse email (en majuscules) :  
.....



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Madame, Monsieur, .....  
autorise mon fils, ma fille : .....  
à participer au Pèlerinage des Jeunes à Lourdes, organisé par le service de la Pastorale et de  
l'Evangélisation des jeunes, qui se déroulera du 7 au 12 avril 2025.

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

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

J'autorise également la direction du pèlerinage 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 ou je n'autorise  
pas (\*), les organisateurs à fixer, reproduire, représenter et communiquer les photographies de mon  
fils, de ma fille (revues, site internet du diocèse, publication dans la presse écrite, photo de groupe.).

La présente autorisation est consentie sans limitation de durée.

Voici l'adresse où il sera possible de me (nous) joindre durant le temps du séjour :  
.....

Numéros de téléphone :

- Domicile : .....
- Travail : .....
- Portable : .....

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.....

Signature des parents

(\*) rayer la mention inutile



## CHARTRE DU PÈLERIN

Voir document ci-joint « Charte du bien vivre ensemble »

### **A remplir par les parents**

Je soussigné (e), ..... déclare  
avoir pris connaissance de la « charte du bien vivre ensemble » ci-dessus.

J'adhère avec mon fils, avec ma fille, en parfaite connaissance de cause, à ce projet.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents



Service diocésain de la prévention et de la protection  
des mineurs et personnes vulnérables.  
07 65 16 56 43



# CHARTRE DU BIEN VIVRE ENSEMBLE

12 - 18 ans

## BIENVEILLANCE

- Accueille et considère chacun avec ses particularités et son caractère. Va vers tous. N'aie pas de relations exclusives.
- Respecte le rythme de chacun (sommeil, nourriture, hygiène)
- Respecte les personnes : adopte un langage et une attitude respectueux, aie une tenue vestimentaire correcte.
- Respecte et préserve ton intimité et celle de l'autre.



## ENVIRONNEMENT

Sois attentif aux conditions d'accueil et au respect des lieux (propreté des locaux et du personnel accueillant).

Respecte les horaires et les consignes donnés par les animateurs particulièrement en terme de sécurité.



# CHARTRE DU BIEN VIVRE ENSEMBLE



Le bien vivre ensemble t'ouvre aux autres et contribue à la bonne ambiance des rencontres en pastorale comme des rencontres régulières en paroisse, des camps, des pèlés, des retraites.

Tu choisis d'entrer dans la démarche humaine et spirituelle d'un groupe du pôle jeunes paroissial ou diocésain. La réussite de ces propositions pastorales dépendra de ta bonne volonté et de ton engagement à vivre à fond tout ce qui te sera proposé. C'est pourquoi, il est important de connaître l'ensemble des règles du bien vivre ensemble et de les respecter.

Nous t'invitons donc à les lire et à t'engager à les suivre en signant cette charte.

*J'ai pris connaissance de la charte du bien vivre ensemble.  
Je souhaite participer aux activités pastorales qui me seront  
proposées dans l'année.*

*J'adhère librement à cette charte en la signant.*

Date et signature :



## PROTECTION

Pour

toutes situations

déliçates ou ambiguës

dont tu as connaissance ou qui te concernent, **ne reste pas seul**, prévien le responsable de l'équipe d'animation, tes parents ou un adulte de confiance. Ne garde jamais le silence devant une situation qui te gêne.

Un malaise, un doute, un danger immédiat contacte le :

**119** (enfance en danger)

**17** (gendarmerie, numéro d'urgence si danger immédiat)



## ATTITUDE

## JUSTE

- Sois poli, souriant et respectueux.
- Participe de manière constructive aux propositions qui te seront faites et contribue à la bonne ambiance du groupe et au bon déroulement des activités.
- Ne consomme ni alcool, nitabac, ni cigarette électronique, ni drogue. La consommation d'un de ces produits entraînera ton exclusion immédiate.
- Profite des rencontres pastorales pour vivre un temps de déconnexion (réseaux, téléphone), pour faciliter ta relation aux autres, à toi-même et à Dieu.
- N'utilise ton téléphone que s'il est autorisé par l'équipe d'animation pendant le temps pastoral. Les organisateurs déclinent toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
- Informe les organisateurs si tu ne souhaites pas être pris en photo ou filmé.
- Respecte le choix de chacun concernant le droit à l'image avant de diffuser une photo sur les réseaux.



**ET RESPONSABLE**

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 événements.*


### 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 lunette\$ 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	
<b>DTP (Diphtérie, Tétanos Poliomyélite)</b>	<i>Infanrix Hexa® Hexyon®</i>	<i>Pentavac®</i>	<i>Repevax®</i>	<i>Revaxis®</i>	
Coqueluche			<i>Boostrix®</i>		
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		<i>Engerix &amp;ID 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 proo</i>	
Tuberculose	<i>BCG</i>	
COVID	<i>Comirnaty®/ SpikeVax®</i>	

Autre	Hépatite A <i>(Avaxim®, Vaata®, Havrix®)</i>	Typhoïde <i>(Tvohim®)</i>	Fièvre jaune <i>(Stamari®)</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 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 et Signature des parents :

Observations pendant le séjour: