



**Hospitalité Notre-Dame de Lourdes
du diocèse d'Avignon**

Pèlerinage avec l'Hospitalité d'Avignon du 5-10 août 2019 Complément d'inscription – Parcours JEUNE HOSPITALIER

Pour que leur inscription soit complète, les jeunes ayant moins de 18 ans à la date de début du pèlerinage de l'Hospitalité à Lourdes (le 5 août 2019) doivent fournir les documents suivants :

1. la fiche sanitaire **imprimée en Recto-Verso** proposée pp. 3-4 de ce document complétée et signée par le(les) responsable(s) légal(aux) du jeune ;
2. une photocopie de l'attestation d'Assurance Maladie ;
3. une photocopie de l'attestation de Mutuelle Santé ;
4. une photocopie des vaccinations (généralement reportées sur le carnet de santé du jeune ; il faut alors que son nom figure sur les pages photocopiées) ;
5. la fiche de droit à l'image proposée p. 5 complétée et signée par le(les) responsable(s) légal(aux) du jeune ;
6. pour les jeunes de plus de 16 ans placés sous la responsabilité d'un(e) hospitalier(ière) adulte le temps du pèlerinage, le formulaire proposé p. 7 de mise sous tutelle signée par le(les) responsable(s) légal(aux) du jeune.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : **Lourdes AVIGNON-Hospitalité du 5 au 10 août 2019**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

..... TÉL.

FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

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 (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

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

OBSERVATIONS

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



**Hospitalité Notre-Dame de Lourdes
du diocèse d'Avignon**

Autorisation à remplir par les responsables légaux de mineurs figurant sur une image fixe/en mouvement

Nous soussignés, _____, responsables légaux
de _____ AUTORISONS SANS RESERVE OUI* NON*
l'Hospitalité Notre-Dame de Lourdes du diocèse d'Avignon à disposer pleinement et irrévocablement des
images fixes ou en mouvement de notre enfant.

Concrètement, ces images pourront être utilisées sur le site internet et sur la page Facebook de l'Hospitalité,
ainsi que sur le site internet du diocèse. Elles seront, pour beaucoup, reproduites sur les DVD ou clés USB
pouvant être achetées par les participants au pèlerinage. Certaines seront intégrées dans un diaporama de
promotion du pèlerinage .

Cette autorisation vaut pour le monde entier et est sans limite de durée. Par la présente, nous reconnaissons ne
pas prétendre à une réparation d'un préjudice quel qu'il soit du fait de l'utilisation de ces images.

Fait à _____ le _____

Signature des responsables légaux :

* : rayer la mention inutile



**Hospitalité Notre-Dame de Lourdes
du diocèse d'Avignon**

Placement d'un(e) jeune hospitalier de 16 ans ou plus sous la tutelle d'un(e) hospitalier(ière) adulte participant au pèlerinage de l'Hospitalité (5-10/08/2019)

Les jeunes en dessous de 16 ans (ou jusqu'à la fin de seconde comprise) intègrent le groupe des jeunes et seront logés à l'hôtel Corona ou à l'hôtel Métropole.

Au-delà et jusqu'à 18 ans, voire pour les jeunes majeurs, ils peuvent intégrer le groupe des jeunes OU être placés sous la tutelle d'un(e) adulte hospitalier(lière) sous réserve qu'il y ait accord des parents et de l'hospitalier(lière). L'hôtel qui leur est proposé est celui de leur tuteur.

Nous, soussignés, _____, responsables légaux du jeune _____, confions cet enfant à _____ demeurant à (adresse complète) _____ et participant au pèlerinage de l'Hospitalité du 5 au 10 août 2019. Nous autorisons ce(tte) dernier(ière) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ le _____

Signature des responsables légaux :

Au verso de la fiche sanitaire, rayer alors " le responsable du séjour " et remplacer par les nom et prénom de la personne à qui est confié l'enfant.

