

1 bulletin par personne à retourner accompagné du paiement **et** de la fiche sanitaire de liaison complétée à :
Service Jeunes & Vocations
7, rue Française - CS 287 - 89005 AUXERRE Cedex

INSCRIPTION AVANT LE 1^{ER} JUILLET 2020

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal :

Ville :

Paroisse :

Tél.

Tél. portable des parents pendant la semaine (**obligatoire**):

Numéro de portable du jeune (s'il en a un):

Courriel des parents :

@

Courriel du jeune :

@

N° de sécurité sociale du responsable (**ATTENTION:**

15 chiffres!):

REPLIR AU DOS LES MODALITÉS PRATIQUES

Conditions Générales

Prix de la semaine : 50 €

Ce prix comprend : les dépenses concernant la pension complète, l'assurance responsabilité civile, bagages, individuelles accident, assistance, l'équipement de sécurité.

Ce prix ne comprend pas : les dépenses personnelles, les quêtes, les frais de transport pour se rendre sur place et en revenir.

Organisateur

Le service Jeunes et Vocations



Renseignements et inscriptions

M. Alexandre RENDU
06 18 42 67 95
jeunes.vocations@diocese89.fr



du 19 au 26 juillet 2020

8 jours de mission en paroisse

Paroisse Sainte-Alpais
Villeneuve-sur-Yonne



Tu es LYCÉEN OU LYCÉENNE,
Tu veux te mettre au service d'une paroisse ?
Tu veux participer à un chantier de jeunes ?
Rejoins la première équipe **Semaine Mission & Service!**

Une semaine avec

UN CHANTIER en partenariat avec les paroissiens pour réaliser un chantier simple mais réellement utile : l'aménagement paysager de la cour de la salle paroissiale.

DES ANIMATIONS SPIRITUELLES tous les jours (l'équipe assurera l'animation de toutes les messes de la paroisse).

Une démarche écologique

L'aménagement paysager de la cour sera réalisé avec des palettes récupérées et recyclées.

Informations pratiques

LIEU DU CHANTIER: salle paroissiale, 15, rue du Puits d'amour à Villeneuve-sur-Yonne

RENDEZ-VOUS:

- arrivée le 19 juillet 2020 à 9h30 à la salle paroissiale
- départ le 26 juillet à 14h30 à la salle paroissiale



La vie du groupe

LOGEMENT

Chaque jeune logera et prendra ses repas chez l'habitant pour découvrir et connaître la réalité de la paroisse Sainte-Alpais.

ENCADREMENT

L'encadrement sera assuré par 3 adultes diplômés (BAFA).

SÉCURITÉ ET RESPONSABILITÉ

Durant la semaine, les jeunes seront amenés à utiliser de l'outillage (marteau, scie...): des consignes de sécurité seront données et à respecter.

Les jeunes se rendront seuls sur le chantier depuis leur logement. Une attitude correcte lors de ces déplacements sera exigée.

TRANSPORT

Les jeunes arrivent et repartent par leurs propres moyens à Villeneuve-sur-Yonne.

SOUICIS MÉDICAUX

La fiche sanitaire de liaison doit être remplie pour chaque participant.

Les traitements médicaux doivent être remis avec ordonnance à l'équipe d'animation dès l'arrivée.

PAIEMENT

Le coût de la semaine est de 50 €

je paie en une fois je paie en plusieurs fois

Mode de paiement: chèque espèce

Les chèques bancaires sont à établir à l'ordre de "Direction des Pèlerinages".

AUTORISATION PARENTALE

M./Mme

J'inscris mon fils / ma fille
à la semaine Mission & Service du 19 au 26 juillet 2020.

j'autorise les responsables de la semaine Mission & Service à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, y compris l'hospitalisation, en me tenant informé(e).

DROIT À L'IMAGE

Des photos seront faites et pourraient être utilisées par les services Communication et Jeunes & Vocations du diocèse. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant apparaisse sur les photos diffusées, merci de nous prévenir et de fournir une photo d'identité.

DONNÉES PERSONNELLES

En renvoyant ce coupon, je transmets des données personnelles: j'autorise l'Association diocésaine de Sens à collecter et utiliser mes données personnelles pour me transmettre toute information relative aux activités pastorales, paroissiales, diocésaines et sollicitations d'appel aux dons. Mes données seront conservées tant que j'aurai un contact régulier avec l'Église catholique.

je n'autorise pas l'Association diocésaine de Sens à collecter et utiliser mes données personnelles.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales (au dos du tract), et des informations concernant le droit à l'image et mes données personnelles.

Date:

Signature:



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :