

BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION - Jeune

Pèlerinage diocésain à Lourdes - 16 AU 21 août 2025 (6 JOURS - 5 NUITS)

À compléter et à retourner avant le 14 juillet

☐ Fille ☐ Garçon ou ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Frère ☐ Sœur
pour les accompagnateurs

Nom Prénom
Mail Date de Naissance
Téléphone Nationalité
Adresse
Ville CP

PERSONNE HORS PÈLERINAGE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SÉJOUR (OBLIGATOIRE)

Nom/Prénom Téléphone Lien de parenté

Je suis

☐ servants d'autel (je dois apporter mon aube) ☐ musicien (instrument facilement transportable)

☐ Je viens à Lourdes pour la première fois

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Logement

au Rosalita Hostel : type auberge de jeunesse, avec lits superposés et sanitaires dans chaque chambre

Restauration

petit-déjeuner au Rosalita hostel, déjeuner et dîner à l'Hôtel La Solitude avec le groupe adulte

Localisation

à moins de 500 m du Sanctuaire (5 min à pied)

Tarif

420 €. Ce prix comprend le logement, la pension complète (du 16 août petit-déjeuner au 20 août dîner), le transport, le livret du pèlerin et les frais de dossier (70€)

RÈGLEMENT

Tarif **420 €**

Modalités de paiement

☐ chèque ☐ virement
☐ espèces
☐ en une seule fois
☐ en plusieurs fois

Acompte obligatoire: 250 €

Solde réglé par chèque, en indiquant les mois d'encaissements souhaités au dos des chèques. Les encaissements se feront entre le 14 et le 17 du mois (jusqu'au 25 juillet 2025). Le chèque d'acompte sera encaissé dès réception du bulletin d'inscription. La totalité du paiement devra être réglée avant le 25 juillet 2025.

Pour le(s) chèque(s)

à l'ordre de la "Direction des pèlerinages"

Pour le virement

Indiquer "LOUJ- Nom du pèlerin" dans le libellé
IBAN: FR38 3000 2087 6300 0046 0141 V47
BIC: CRLYFRPPXXX
Domiciliation: EEST SDC Dijon N40
Association diocésaine
7, rue Française - 89000 Auxerre

TRANSPORT - CHOIX DU LIEU DE DÉPART

Transport (aller/retour)

☐ Auxerre ☐ Sens
☐ Charmoy * ☐ Avallon *

* départ soumis au nombre de personnes inscrites



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphtérie				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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONDITIONS GÉNÉRALES DU PÈLERINAGE

1. Tarifs et modalités de Paiement

- **Acompte**: un versement initial de 250 € minimum est requis à l'inscription, par chèque (à l'ordre de la Direction diocésaine des Pèlerinages) ou virement bancaire (RIB fourni au recto, avec justificatif obligatoire).
- **Solde**: à régler au plus tard un mois avant le départ (25 juillet 2025). Tout retard de paiement entraînera l'annulation automatique du contrat et l'application de pénalités.
- **Paiement échelonné**: vous pouvez envoyer plusieurs chèques datés du jour de leur émission (toute autre date est illégale). Ces chèques seront encaissés progressivement, entre le 14 et le 17 du mois, avec une date limite au 25 juillet 2025 (indiquez les mois d'encaissement souhaités au dos).

2. Révision des prix

- **Le prix est calculé** sur la base de 300 participants minimum et des tarifs en vigueur au 18/02/2025. Conformément aux articles L.211-12, R.211-8 et R.211-9 du Code du Tourisme, il pourra être révisé (à la hausse ou à la baisse) un mois avant le départ en cas de variation des coûts de transport (carburant), taxes ou devises.
- **Hausse supérieure à 8 %**: vous recevrez une notification détaillée sous 20 jours, avec option d'accepter, de refuser, ou de résilier sans frais en l'absence de réponse.

3. Assurance

- **Multirisque "rapatriement" incluse**: vous pouvez la refuser en fournissant une copie complète de votre assurance personnelle couvrant les mêmes risques.

4. Conditions d'annulation

Par le pèlerin

- **Force majeure** (maladie, décès): remboursement intégral sur présentation de justificatifs.
- **Sans force majeure**:
 - jusqu'au 26 juillet 2025 (21 jours avant le départ): pénalité fixe de 150 € par place annulée.
 - à partir du 2 août 2025 (14 jours avant): pénalité fixe de 250 € par place annulée.
 - à partir du 12 août 2025 (4 jours avant): pénalité fixe de 350 € par place annulée.

Par la Direction diocésaine

- Le pèlerinage sera annulé si moins de 200 participants sont inscrits 20 jours avant le départ. En ce cas, vous serez intégralement remboursé.

5. Services inclus/non inclus

- **Compris**: transport en car aller-retour, pension complète (du petit-déjeuner du 16/08 au dîner du 20/08), accès au Sanctuaire, livret du pèlerin et prise en charge partielle du coût du pèlerinage pour les prêtres accompagnateurs.
- **Non compris**: boissons, cafés et dépenses personnelles.

6. Informations pratiques

- **Conformité légale**: organisé selon les articles L.211-1, L.211-2, L.211-12 du Code du Tourisme, sous l'agrément Atout-France du directeur.
- **Détails du voyage**: horaires et lieux de rendez-vous communiqués par courriel personnel avant le départ.

7. Mobilité et participation

Je confirme que ma condition physique me permet de suivre le groupe lors des marches et des temps debout.

Si je suis dans l'impossibilité de continuer (fatigue, douleurs, etc.), j'accepterai de me reposer au lieu d'hébergement.

ATTESTATION DU RESPONSABLE

M. Mme [] certifie avoir pris connaissance et accepté:

- Le programme et des informations générales à conserver;
- Le Bulletin d'inscription répondant aux exigences de l'article R. 211 4 du Code du Tourisme;
- Des Conditions Générales de Participation (CGP), consultables au bureau du Service diocésain des Pèlerinages ou en ligne sur: www.yonne.catholique.fr/pelerinages/partir-en-pelerinage/cgp

Autorisation pour le traitement des données / droit à l'image

Attention de ne pas oublier de cocher les cases correspondantes à votre choix.

J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ - le service diocésain des Pèlerinages rattaché à l'Association diocésaine de Sens à utiliser mes coordonnées courrielles, postales et téléphoniques dans le cadre de l'organisation du pèlerinage.

J'accepte d'être pris en photos ou d'apparaître sur des vidéos et j'accepte leur publication sur tous les supports de communication du diocèse de Sens-Auxerre: ☐ oui ☐ non (fournir une photo individuelle pour permettre l'identification et le floutage)

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL - si jeune mineur(e)

M. Mme [] autorise les responsables du pèlerinage à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, y compris l'hospitalisation, en me tenant informé(e).

Fait à Le
Signature
(précédée de la mention
"bon pour accord")