



PELERINAGE NATIONAL 2021 Autorisation Parentale

Pour pouvoir participer au Pèlerinage National, tous les pèlerins mineurs qui viennent **sans leurs parents** doivent fournir une autorisation **parentale (y compris si ce sont les grands parents qui accompagnent le mineur)**.

Elle se compose de 3 documents qui doivent comporter la **signature manuscrite des parents** :

- l'autorisation parentale
- L'engagement sur l'honneur
- la fiche sanitaire de liaison

Ces documents sont à remplir et à renvoyer avant **le 31 juillet** à :

NDS – Inscriptions – 63 avenue Denfert-Rochereau 75014 Paris

Ces documents sont indispensables pour la validation de l'inscription du pèlerin mineur

La photo d'identité est obligatoire pour TOUS les mineurs.
Elle peut être téléchargée directement au moment de l'inscription en ligne
ou être jointe aux documents envoyés.



AUTORISATION PARENTALE Pèlerinage National du 11 au 16 août 2021

Pour les parents du pèlerin mineur :

Je soussigné(e), M. ou Mme
autorise mon fils / ma fille à participer au **Pèlerinage National**
N° de tel pour me joindre pendant le pèlerinage :

Je désigne, pour mon enfant, **le référent suivant** (*âgé de 21 ans minimum et présent à Lourdes pendant tout le pèlerinage*) :

Nom et prénom du référent :

Date de naissance :

N° de portable où le référent peut être joint pendant le pèlerinage :

Signature des parents :

Pour le référent du pèlerin mineur :

J'accepte d'être la «personne majeure référente» **responsable du mineur qui m'est confié**.

Date : / /

Signature du référent :

Pour le pèlerin mineur :

Engagement du pèlerin mineur :

Nom : Prénom :

Je m'engage à **respecter les règles de vie du pèlerinage** et à **être présent(e) tous les jours dans mon service** aux horaires fixés par les responsables.

Si je ne suis pas présent(e), mon référent sera prévenu ainsi que la Direction du pèlerinage qui prendra les mesures nécessaires et avertira mes parents.

Signature du pèlerin mineur :

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données renseignées et autorise l'Association Notre-Dame de Salut à collecter et traiter ces données aux fins d'organisation du Pèlerinage National. En votre qualité de titulaire de l'autorité parentale, vous autorisez aussi l'Association Notre-Dame de Salut à collecter et traiter les données personnelles relatives à votre enfant de moins de 18 ans. Ces données permettent notamment de gérer votre réservation d'hébergement, votre voyage, vos activités lors du pèlerinage. Elles seront conservées pendant 5 ans. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de rectification, de limitation des traitements et de portabilité des données. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à central@pelerinage-national.org



ATTESTATION SUR L'HONNEUR Pèlerinage National du 11 au 16 août 2021

Je, soussigné M. ou Mme

certifie avoir pris connaissance et informé mon enfant mineur,
des consignes sanitaires qui seront en vigueur pendant le Pèlerinage National du 11 au 16 août 2021,
ainsi que du protocole mis en place par l'Association Notre-Dame de Salut pour le dit pèlerinage.

Les protocoles sanitaires sont consultables sur :

www.lourdes-france.org

www.pelerinage-national.org

Je m'engage à ce que mon enfant mineur soit dans une des situations suivantes, en arrivant à
 Lourdes :

- Il est vacciné contre le COVID-19,
- Il est immunisé au COVID-19
- Il a réalisé un test PCR (ou salivaire s'il a moins de 13 ans), il y a moins de 72 heures et ce test est négatif.

Il sera en possession de la preuve de l'une de ces situations qu'il présentera lors du retrait de son badge.

Fait à : Le :

Signature :

Signature du mineur :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		___/___/___
Du DT coq		___/___/___
Du Tétracoq		___/___/___
D'une prise polio RAPPELS		___/___/___
		___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN
REVACCINATION	1 ^{er} RAPPEL

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
 POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non oui	non oui	non oui	non oui	non oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. [] N° DE TEL [] DOMICILE [] BUREAU []

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)



ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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