

PELERINAGE NATIONAL 2025

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 2 documents qui doivent comporter la **signature des parents** :

- l'autorisation parentale (p. 2)
- la fiche sanitaire de liaison (p. 3 et 4)

Ces documents sont à remplir et à transmettre avant **le 31 juillet 2025** :

- en ligne, lors de l'inscription, **en un seul fichier PDF** ;
- ou par courrier, à l'adresse :

Association Notre Dame de Salut

– 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 déposée directement au moment de l'inscription en ligne
ou être jointe aux documents envoyés.**

AUTORISATION PARENTALE Pèlerinage National du 11 au 16 août 2025

Pour les parents du pèlerin mineur :

Je soussigné(e), M. ou Mme
autorise mon fils / ma fille à participer au **Pèlerinage National**
N° de tél 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 : / / 2025

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), ou si je ne respecte pas les consignes, 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

1 – ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

Année scolaire 2024-2025

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

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 ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME

ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES **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... PRÉCISEZ :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. PORTABLE : ---- - - - - -

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

*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 :

Signature: