

PÈLERINAGE NATIONAL 2026 Autorisation Parentale

Pour pouvoir participer au Pèlerinage National, tous les pèlerins mineurs qui viennent **sans leurs parents** doivent être accompagnés d'une personne majeure **âgée d'au moins 25 ans**. Ils doivent fournir une autorisation parentale (y compris si ce sont les grands-parents qui accompagnent le mineur).



ATTENTION UN REFERENT POUR 2 PELERINS MINEURS MAXIMUM

2 documents 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 joindre au bulletin d'inscription :

- 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 12 au 17 août 2026

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 25 ans minimum, inscrit 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 : / / 2026

Signature du référent :

Pour le pèlerin mineur :

Engagement du pèlerin mineur :

Nom : ----- Prénom : -----

Je m'engage à **respecter les règles de vie du pèlerinage, dans les lieux d'hébergement tels le Village des jeunes, Hôtels ou accueils** 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. Vous autorisez aussi l'Association Notre-Dame de Salut à collecter et traiter les données personnelles relatives à votre inscription conformément à la Politique de Confidentialité de l'Association Notre-Dame de Salut (www.pelerinage-national.org). Ces données permettent notamment de gérer 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 limitation des traitements et de portabilité des données. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à central@pelerinage-national.org. Pour en savoir plus, veuillez consulter notre Politique de Confidentialité.

Association Notre-Dame de Salut, 63 avenue Denfert Rochereau, 75014 Paris. SIRET : 78429261700023 / APE : 913A / N° d'agrément :

1 – ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

Année scolaire 2025-2026

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
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 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

MÉDICAMENTEUSES

ALIMENTAIRES

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 :