



**CROQ'
LA VIE**

ORGANISÉ PAR L'ÉGLISE CATHOLIQUE RHÔNES-ALPES

**Journées provinciales
des lycéens**

#coloc@ terre de Dieu

DOSSIER INSCRIPTION

#Ose ton empreinte #Croq2017

**21/22/23
OCTOBRE
2017**

**PARC DES
EXPOSITIONS
VALENCE**

www.facebook.com/croqlavie



inique - Pierre-Yves CROYAL

Pour les lycéens 21/22/23 OCTOBRE 2017

Bien plus qu'une invitation,
Des chemins à ouvrir avec d'autres.
Pour notre Maison commune !

EGLISE EN FÊTE!

CONCERTS

PARTAGE EVANGILE

PRIERE

ECOUTE

TEMOINS

CELEBRATIONS

ATELIERS

Lancement : samedi 21 octobre 2017, ouverture de l'accueil à Valence à partir de 15h.

Clôture : lundi 28 octobre 2017, fin du rassemblement à 17h.

Prix : de 100 à 120€ à verser à ton responsable de groupe (coût réel est de 120€).

Un acompte de 30€ sera versé à la préinscription (*).

Transport : chaque diocèse est en charge de son transport. Envoi des informations nécessaires en temps voulu.

Hébergement : ceux qui habitent le diocèse de Valence dormiront chez eux. Pour les autres, l'hébergement sera réalisé en familles d'accueil dans la mesure du possible. Les familles assureront le transport entre le lieu du rassemblement et le lieu d'habitation ainsi que le petit-déjeuner du dimanche et du lundi. Chaque famille recevra au moins deux jeunes du même sexe. Le maximum sera fait pour que tu sois avec un jeune de ton groupe. Ceux qui ne seront pas dans des familles d'accueil seront hébergés en collectivités ; les organisateurs se chargeront alors du transport et du petit-déjeuner.

Apporter : un pique-nique pour le samedi soir à prévoir dans un sac indépendant du reste de tes affaires. **Un petit cadeau pour la famille d'accueil**, un sac de couchage, un tapis de sol, des affaires de toilette, de quoi écrire, ton éventuel traitement médical (allergies ou autres), avec une ordonnance valide.

N° d'appel en cas d'urgence : N° du responsable de groupe de votre enfant :

Pour des questions de sécurité, évitez des objets précieux ou coûteux, ni de trop importantes sommes d'argent (possibilité d'achat d'objets souvenir et CD ...).

() L'acompte ne sera pas remboursé sauf condition exceptionnelle ou cas de force majeure.*

**Inscription – Autorisation Parentale – Fiche sanitaire de Liaison (cf. au dos)
sont à rendre impérativement avant le 30/09/2017 à vos animateurs**

INSCRIPTION

À remplir par chaque participant (jeune et adulte) :

Nom : Prénom :

Adresse:

..... Date de naissance :/...../.....

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Mail :

Jeune : Animateur : Classe :

Nom du groupe (aumônerie, établissement catholique, paroisse) :

Sexe : F : M :

Souhaite être hébergé avec/en compagnie de :

Je joins le règlement de € à l'ordre de

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) : Nom : Prénom :

Adresse :

TELEPHONE où me joindre durant le rassemblement : - - / - - / - - / - - / - -

En qualité de père, mère, tuteur, (rayer les mentions inutiles) déclare autoriser le jeune :

Nom : Prénom :

À participer au rassemblement régional des lycéens des 21, 22, 23 octobre 2017 organisé par les aumôneries de l'Enseignement public, l'Enseignement Catholique de la Province de Lyon .

Le départ de ton diocèse est prévu le samedi 21 octobre 2017, (horaires et lieux seront précisés par ton responsable) pour être vers 15h sur Valence. Le retour est prévu le lundi 23 octobre (horaires et lieux seront précisés par ton responsable). Départ de Valence vers 17h. Durant le rassemblement, les trajets se feront soit en voitures particulières (familles d'accueil) soit en transports en commun.

À le

Signature du responsable légal :

Signature du jeune :

Fiche sanitaire de liaison

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFAN° 86-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNI DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA REMISE 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 (BOG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	DATES
DATES / /	DATES / /	VACCINS / /	DATES / /
1 ^{er} VACCIN		1 ^{er} RAPPEL	/ /
REVACCINATION			/ /

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 :

RUBECOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTITE	ASTHME	ROUGEOLE	OREillons
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"/> oui <input type="checkbox"/>

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

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : N° DE DOMICILE BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAVEUR :

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) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Capitel 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)

.....

.....

.....