



# CAMP SERVANTS D'AUTEL

Diocèse de Rouen  
4-7 avril 2016

## Dossier d'inscription

# Une expérience unique....



## Une formation liturgique !

Grâce à des ateliers ludiques, et temps d'approfondissement.

## Des temps forts de prière !

Ils rythmeront la vie du camp : louange du matin, messe ,



adoration, Parole de Dieu, prière partagée, relecture....

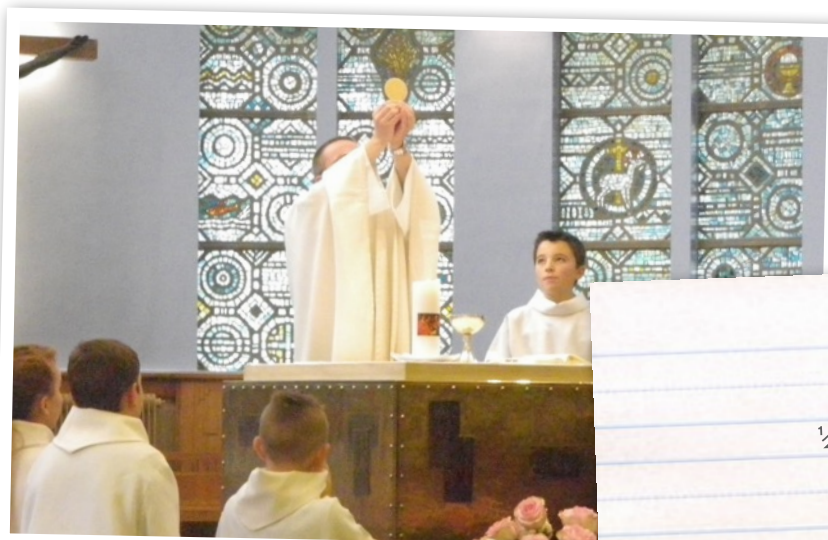
## De l'amitié !

Une vie communautaire à la fois exigeante et fraternelle pour mieux se connaître et apprendre à vivre ensemble.

## De l'aventure !

Grands jeux, olympiades, tournois, ateliers manuels...de quoi vivre à fond ce temps de vacances.





infos

pratiques

### Pour qui ?

Organisé par la Pastorale de Jeunes du diocèse de Rouen pour tous les servants d'autel, garçon ou fille, de 8 à 15 ans, venant seul ou en groupe paroissial.

### Quand ?

du lundi 4 matin au jeudi 7 avril fin d'après midi ;

### Où ?

A l'Abbaye de la Trappe de Poligny (Orne)  
La Bergerie - 61380 Poligny la Trappe  
Hébergement en dur, restauration sur place.

### Transport.

chacun s'organise pour se rendre sur place et pour le retour.

### Combien ?

Le coût du séjour est de **120 euros** ; il comprend l'hébergement, les repas, le matériel, l'assurance, la prise en charge des animateurs et leur formation BAFA.

Nous demandons une

**participation aux frais de 90 €.** (si vous n'êtes pas membre de l'Association, une cotisation de 10 euros supplémentaires vous sera demandée)

Dans la fiche d'inscription, vous aurez la possibilité de donner plus si vous le pouvez. Vous pouvez payer en plusieurs fois (en envoyant plusieurs chèques)

Les paroisses peuvent aussi participer : n'hésitez pas à le demander. Des aides sont aussi possibles via les Comités d'Entreprise.

### Avant le séjour

**Merci de nous envoyer, dès à présent ( avant le 20 mars) les pages suivantes :**

- Fiche individuelle
- Fiche Sanitaire
- Participation financière

### à l'adresse suivante

#### Camp Servants d'autel 2016

Association Le Trentain  
219 rue Sadi Carnot  
76320 Caudebec les Elbeuf

Votre inscription sera validée définitivement à la réception de ces documents. Les dossiers incomplets seront mis sur liste d'attente.

**Attention, le nombre de place étant limité, nous prenons les dossiers par ordre d'arrivée.**

Quelques semaines avant le séjour, nous vous enverrons par mail, le **projet pédagogique**, la liste des **affaires à emporter**, les **indications précises** d'horaires et de rendez vous.

### Nous contacter

Adresse postale ci dessus ou :  
[campservants.rouen@gmail.com](mailto:campservants.rouen@gmail.com)

06 13 13 57 29 (Père Romain Duriez, directeur du camp)

# Fiche individuelle d'inscription

à retourner avec le fiche sanitaire et la participation aux frais avant le 20 mars

## Le jeune

Nom et Prénom : .....

Date de Naissance : .....

## Le responsable légal

Nom et prénom du responsable légal : .....

Tel domicile ..... Tel portable .....

Adresse..... mail : @

Code postal ..... Ville.....

## Autorisation parentale

Je soussigné(e), M. ou Mme .....

responsable légal de (prénom du jeune) .....

l'autorise à participer au camp « Servants d'autel 2016 » organisé par le Trentain.

• En outre, j'autorise le père Romain à prendre toutes les mesures nécessaires à l'évacuation et aux soins dont mon enfant aurait éventuellement besoin, telles que l'hospitalisation, l'anesthésie, et l'opération.

• Dans le cas où mon enfant suit un traitement médical, je m'engage à joindre l'ordonnance médicale, et les prescriptions. Je délègue à l'assistant sanitaire du séjour la possibilité de donner le traitement en cours.

*Merci d'indiquer le plus clairement possible le nom du (des) médicaments,  
la posologie et autres recommandations médicales. ( et joindre l'ordonnance)*

• J'autorise également mon enfant à être transporté dans la voiture d'un des responsables, dans le cadre de ce séjour.

• Par ailleurs, dans le cadre du droit à l'image, j'autorise l'association à utiliser les images (photos ou vidéos) sur lesquelles figure mon enfant, à titre gracieux, dans le cadre d'actions de promotion. oui non

Fait à ....., le .....

Signature du responsable légal

*Faire précéder la signature de la mention manuscrite*

*« Lu et approuvé, bon pour accord »*

## En cas d'urgence

Tel domicile : ..... Tel travail :.....

Tel portable :.....

**Joindre au dossier** : la fiche sanitaire et la participation aux frais (voir page ci dessus)  
espèces ou chèque à l'ordre de «Association le Trentain»

90 € + 10 € (adhésion à l'association)

120 € (coût réel)

.....€ (soutien)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Camp Servants 2016

## ENFANT

NOM .....

PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

GARÇON

FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

**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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

### 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 ?

**ALLERGIES :** ASTHME  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
ALIMENTAIRES  oui  non  
AUTRES.....

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**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**.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

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