

2. PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations, opérations... Avec les dates des évènements.

- Prise de traitement médical quotidien ?
- ☐ OUI, joindre une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans la boîte d'origine marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
 - ☐ NON.

3. POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT (pour améliorer l'accueil de l'enfant) Par exemple : saignements de nez, régime alimentaire, hyperactivité, handicap, prothèses dentaires et auditives, port de lunettes ou lentilles de contact, ? etc.

ALLERGIES (Aliments, médicaments et Type de réaction (œdème, urticaire, ...)

Maladie	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)		
Coqueluche		
Haemophilus influenzae		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Pneumocoque		
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)		
Tuberculose		

Je soussigné, Mme/M. déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la journée à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :

RASSEMBLEMENT DIOCÉSAIN

PÔLE JEUNES

Pèlerins d'espérance

DIMANCHE

23

NOVEMBRE

2025

Collégiens
et lycéens

SAINT-JEAN-
BRÉVELAY



Rassemblement Diocésain Pôle Jeunes Pèlerins d'Espérance

INFOS :

Salle paroissiale
Rue de la résistance
56660 St Jean Brevelay
De 9h45 à 17h00

PROGRAMME :

- Accueil
- Ateliers
- Pique-nique
- Jeux
- Messe

Les parents peuvent venir nous rejoindre pour la messe à 15h30.

À PRÉVOIR :

- Une participation de 5 € pour les frais de la journée

CONTACT :

Marion Van Rhijn : 06.71.77.21.54
aep.auray@outlook.com

INSCRIPTION ET AUTORISATIONS :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Adresse complète :

CP : Ville :

Mail :@..... N° de tél :

Je soussigné, Mme/M , responsable légal du
jeune (nom et prénom)

O Autorise mon enfant à participer à la journée proposée par le Pôle Jeunes

O Autorise les responsables à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical (traitement, hospitalisation ou intervention) rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant dans le cas où je ne suis pas joignable ET/OU à sortir mon enfant des urgences.

O Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport mis en place par le responsable de groupe

O Autorise le Pôle Jeunes à publier les photos prises durant la journée sur son site internet, ses réseaux sociaux, sa revue diocésaine...

Date et signature des parents :

Signature du jeune :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. IDENTITÉ

Nom et Prénom		
Sexe	☐ M	☐ F
Date de naissance		

RESPONSABLES DE L'ENFANT (A prévenir en cas d'urgence)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2