



AUTORISATION DE PARTICIPATION À UN SÉJOUR SCOLAIRE AVEC HÉBERGEMENT

Séjour à la Communauté de Taizé



1. ORGANISATEUR

Association Diocésaine du Puy 2, place du For 43000 Le Puy-en-Velay	A destination Lycéens
Responsable du séjour Abbé Nicolas Pourrat	Téléphone d'urgence (sur place) 06.99.00.59.88
Date de départ 22 octobre 2026	Date de retour 26 octobre 2026

2. IDENTITE DU MINEUR

Nom	Prénom
Date de naissance	Lieu de naissance
Adresse complète du domicile	

3. IDENTITE DU OU DES RESPONSABLES LEGAUX

Nom et prénom — Responsable légal n°1	Lien de parenté
Téléphone(s) — Responsable légal n°1	Courriel — Responsable légal n°1
Nom et prénom — Responsable légal n°2	Lien de parenté
Téléphone(s) — Responsable légal n°2	Courriel — Responsable légal n°2



AUTORISATION DE PARTICIPATION À UN SÉJOUR SCOLAIRE AVEC HÉBERGEMENT

Séjour à la Communauté de Taizé



4. AUTORISATIONS

Je soussigné(e), agissant en qualité de responsable légal du mineur désigné ci-dessus, déclare autoriser :

- ☐ La participation de mon enfant au séjour organisé par la Pastorale des Jeunes du Diocèse du Puy, tel que présenté dans la présentation présentée par l'organisateur dans la communication officielle.
- ☐ Le transport de mon enfant par les moyens de transport organisés par l'organisateur (car, minibus, train) pour l'aller et le retour, ainsi que pour les déplacements prévus durant le séjour.
- ☐ La diffusion de photographies ou vidéos de mon enfant prises pendant le séjour, à des fins exclusivement pédagogiques et non commerciales (publications internes au Diocèse du Puy, blog ou site de l'organisateur).

Je soussigné(e) déclare refuser :

- ☐ La prise et/ou la diffusion de toute photographie ou vidéo de mon enfant durant le séjour.

5. ENGAGEMENT ET SIGNATURE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées dans le présent document et m'engage à signaler sans délai à l'organisateur toute modification intervenant avant le départ.

Fait à :

Le :

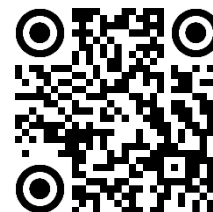
Nom, prénom et qualité du signataire ; signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Ce document est à retourner signé à l'organisateur avant le départ. Il sera conservé par le responsable du séjour et présenté à toute autorité compétente sur demande.



Partie à conserver :

- **Adresse à laquelle retourner ce document :** **Abbé Nicolas Pourrat**
6, avenue de la dentelle
43000 Le Puy-en-Velay
- **Y joindre systématiquement la fiche sanitaire de liaison pour l'acceptation de l'inscription.**
- **Informations sur le séjour :** consultez notre site www.pastoponote.fr
- **Contacts organisateur :**
Pastorale des Jeunes du Diocèse du Puy
6, avenue de la dentelle / 43000 Le Puy-en-Velay
06.99.00.59.88
pasto.jeunes@catholique-lepuy.fr





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :