

Tu voudrais...

**écouter Dieu te parler
goûter la joie qu'offre le Christ
vivre dans un Esprit de vraie fraternité**



...Alors l'EDP est pour toi !

L'EDP (ECOLE DE PRIÈRE) est un camp pour enfants (**7-10 ans**) et jeunes (**11-15 ans**) pour grandir dans l'amour de Dieu et des autres, dans l'ambiance d'un camp de vacances.



Rejoins-nous **du 15 au 19 août 2018 à Montels** (près de Villefranche de R^gue) pour 5 jours de prière, de jeu, d'amitié, de joie !

INFOS / PARENTS : L'Ecole De Prière propose une initiation à la prière le matin (chants, louange, méditation de la Parole de Dieu, messe...) et des temps récréatifs l'après-midi (jeux, olympiades, randonnée, ateliers créatifs...), dans une vie de camp avec camaraderie, entraide, services, veillées... Elle a lieu au couvent des Dominicaines de Montels (12200) avec logement en chambres d'internat du lycée François Marty attenant au couvent. Frais d'inscription : 80 € / 1 enfant ; 140 € / 2 (*se signaler en cas de difficulté financière*) Pour s'inscrire, transmettre avant le 20 juin l'inscription et la fiche sanitaire de liaison à (au choix) :

fr Philippe ARNAL
p. Raphaël BUI
Marie-Charlotte COURSAULT
Sr Marie-Thérèse KIM (contact pour le Villefranchois)
p. Jean-Didier SOHOTODE

philippe.arnal1@ac-toulouse.fr - 06 26 32 40 96
rbui12@yahoo.fr - 06 12 31 46 00
mc.coursault@gmail.com - 06 79 51 85 98
kmtop31@gmail.com - 06 71 53 24 64
jeandidiersohotode@gmail.com - 06 41 31 81 15

✂ *à conserver*
à remettre au prêtre référent de votre paroisse ou à l'un des organisateurs avant le 20 juin 2018

INSCRIPTION À L'ÉCOLE DE PRIÈRE 2018



Je, nous soussigné(s) _____
résidant à _____
email _____
téléphones : _____

autorise mon, mes enfant(s) _____
à participer à l'école de prière 2018.

peux covoiturier pour le déplacement à Montels _____ personnes (moi compris).

Règlement : _____ (80 € / 1enfant ; 140 € / 2 enfants)

Fait à _____ le _____

Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON

Enfant :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :

ASTHME	oui	non
ALIMENTAIRES	oui	non
MÉDICAMENTEUSES	oui	non
AUTRES (animaux, plantes, pollen)	oui	non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	Scarlatine
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"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
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"/>	

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**
TEL DOMICILE : **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE :**
NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): **(Obligatoire)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
 J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : **Signature du responsable légal :**