



## FICHE SANITAIRE AUTORISATION PARENTALE

|                                   |                                   |                                    |                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>NOM :</b>                      | <b>PRENOM :</b>                   |                                    |                                       |
| DATE DE NAISSANCE :               |                                   |                                    |                                       |
| TELEPHONE DU JEUNE :              |                                   |                                    |                                       |
| ZONE PASTORALE :                  |                                   |                                    |                                       |
| <input type="checkbox"/> DINAN    | <input type="checkbox"/> LAMBALLE | <input type="checkbox"/> LOUDÉAC   | <input type="checkbox"/> SAINT-BRIEUC |
| <input type="checkbox"/> GUINGAMP | <input type="checkbox"/> LANNION  | <input type="checkbox"/> ROSTRENEN |                                       |

Informations personnelles diverses que vous souhaitez nous transmettre :

### FICHE SANITAIRE

#### 1 - VACCINS OBLIGATOIRES (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du mineur)

|           | OUI | NON | DERNIER RAPPEL |
|-----------|-----|-----|----------------|
| Diphtérie |     |     | ___/___/___    |
| Tétanos   |     |     | ___/___/___    |

|                    | OUI | NON | DERNIER RAPPEL |
|--------------------|-----|-----|----------------|
| Poliomyélite       |     |     | ___/___/___    |
| <b>Ou</b> DT polio |     |     | ___/___/___    |
| <b>Ou</b> Tétracoq |     |     | ___/___/___    |

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

#### 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- 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 du mineur avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

- Le mineur a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes ?

|                                                                         |                                                                        |                                                                       |                                                                         |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rubéole<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | Varicelle<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Angine<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | Scarlatine<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Rhumatisme<br>articulaire aigu<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Otite<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | Rougeole<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Oreillons<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  |                                                                                             |

- Allergies :**

|                                                                     |                                                                              |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Asthme<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Médicamenteuses<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Alimentaires<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

- Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

- **Recommandations utiles des détenteurs de l'autorité parentale :**

Le mineur porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

## AUTORISATION A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Je soussigné, nous soussignés,

Nom(s) – Prénom(s) \_\_\_\_\_

représentant(s) légal/légaux du mineur : Nom - Prénom \_\_\_\_\_ :

- confirme l'inscription du mineur au pèlerinage à Lourdes et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- 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 ;
- Autorise expressément l'association diocésaine de St Brieuc à utiliser à titre gratuit des images/photos/vidéos réalisées dans le cadre du pèlerinage au profit des services diocésains ou paroissiaux en vue de leur publication et diffusion sur tous supports matériels ou immatériels et/ou modes d'exploitation (newsletter, site internet, réseaux sociaux, etc...). La présente autorisation est accordée pour l'année 2026/2027 et au plus tard dans les cinq années suivantes. Elle ne porte pas sur une utilisation non commerciale des images. Aucune cession à des tiers ne sera effectuée. J'ai bien noté que je peux à tout moment revenir sur cette autorisation. J'ai bien noté également que je peux à tout moment demander le retrait d'une image publiée sur internet. Cocher cette case si refus ☐
- certifie avoir pris connaissance du programme, des règles de vie qui s'impose pour ce pèlerinage et des conditions générales de participation. Tous ces documents étant disponibles sur la plateforme VENIO au moment de l'inscription en ligne ;
- assume totalement toute responsabilité pour tout préjudice ou dommage pouvant être occasionné par le mineur, à l'occasion de sa participation au pèlerinage, une assurance responsabilité civile ayant, de préférence, été souscrite.

|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale<br>Fait à : _____ le ____/____/____<br>Signature : _____ | <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale<br>Fait à : _____ le ____/____/____<br>Signature : _____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**La fiche sanitaire et l'autorisation sont à renvoyer par voie postale ou à déposer :**

**Soit à la Maison Diocésaine :**

Service Diocésain de la Pastorale des Jeunes  
 81 rue Mathurin Méheut CS 44224  
 22042 Saint-Brieuc cedex 2

**Soit au Correspondant local :**