



Pèlerinage de St Jacques

NOM:

PRENOM:

CLASSE:.....

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

LIEU de naissance: Département (.....)

N° sécurité sociale:.....

Nom et N° police d'assurance:.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse :

Code Postal: Ville:

TEL FIXE: TEL Portable principal: Père , Mère, autre

ADRESSE MAIL Principale: Père, Mère, autre :

NOM DU PERE: Prénom:

Adresse si différente:

Code Postal: Ville:

Profession:

Portable Père:

Adresse mail:

NOM DE LA MERE: Prénom:

Adresse si différente:

Code Postal: Ville:

Profession:

Portable Mère:

Adresse mail:

Mariés ; Pacsés ; Veuf (ve) ; Séparés; Divorcés. (rayer les mentions inutiles)

J'atteste de l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler tout changement.

A, le :/...../.....

Signatures

du Père

De la Mère:

Ou du tuteur (tutrice):

Accord parental d'inscription au pèlerinage de Saint Jacques

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance du projet éducatif chrétien du pèlerinage de Compostelle et adhère à ce projet pour mon enfant.

- Autorise l'équipe:** à photographier ou filmer mon enfant et à utiliser son image pour ses besoins d'informations et de communication dans le cadre des activités du collège
- Autorise l'équipe:** à transporter l'enfant (bus, voiture balai)
- Informe le responsable des précautions particulières à prendre** (allergie, contre-indication sportive)

.....
.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM – PRENOM :

Téléphone :

Lien de parenté avec l'enfant :

Merci de fournir:

- Une photocopie de l'assurance scolaire (ou responsabilité civile)
- Photocopie de la carte d'identité

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

A, le / /

SAINT JACQUES DE COMPOSTELLE

Le pèlerinage est un temps spirituel particulier, il est ouvert à tous. A travers la démarche extérieure du pèlerinage, c'est un cheminement intérieur qui est proposé à chacun. Nous nous disposons donc à cheminer intérieurement en nous ouvrant à la proposition de la foi.

Concrètement St Jacques c'est :

La découverte de l'entraide, du dépassement de soi. Nous marchons environ 15km/jour et sommes accueillis comme des pèlerins dans des lieux simples (salles polyvalentes, gymnases.)

Nous poursuivons notre chemin initié en 2023 depuis le Puy en Velay. Cette année, nous parcourrons : la section du mythique chemin de Compostelle au départ de Rocamadour jusqu'à Cahors du **dimanche 19 au vendredi 24 octobre 2025**.

Date limite d'inscription :

vendredi 26 septembre : Les places sont limitées, l'équipe se réserve un droit de regard sur les inscriptions

Règlement :

250€ (règlement en plusieurs fois possible) Facturation via écoledirect.

Réunion d'informations avant départ

Jeudi 9 octobre 2025 17h30 au collège Notre-Dame. Présentation des consignes et vérification des sacs. Présence obligatoire

Pour préparer mon sac de pèlerin, je prévois :

- un sac de randonnée (avec ceinture ventrale) 1/10ème du poids de l'enfant
 - mon pique-nique et un goûter pour le 1er jour
 - une gourde 1,5lmin, éviter les « camelbag »
 - des chaussures de randonnées ou de trail qui auront été portées suffisamment par le jeune avant le pèlerinage (en effet les chaussures neuves donnent rapidement des ampoules lors d'une marche de plusieurs km)
 - 5 sous-vêtements, 5 paires de chaussettes de randonnée, 2 pantalons, 5 tee-shirts, 1 pyjama, 1 veste chaude type polaire
 - K-way, poncho de pluie ou veste imperméable
 - 1 brosse à dent, dentifrice, savon (dans un sachet zip)
 - serviette de toilette légère (type microfibre)
 - des pansements compeed spécial ampoule (le reste de la pharmacie est prévu par l'infirmière)
 - une petite lampe de poche
 - un tapis de sol et un duvet chaud avec le nom du jeune
 - Je n'alourdis pas mon sac avec des affaires non essentielles. Je n'ai pas besoin de mon portable, une équipe de reporters prendra des photos et sera en lien avec les parents via whatsapp
- Une voiture logistique transportera les tapis de sol et si besoin les jeunes en difficultés.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON St Jacques de Compostelle

| | |
|-------------------|--|
| Nom | |
| Prénom(s) | |
| Sexe | |
| Date de naissance | |
| Poids | |

Responsables légaux à prévenir en cas d'urgence

| Nom, prénom et qualité | Téléphone 1 | Téléphone 2 |
|------------------------|-------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Problèmes de santé passés et actuels :

| Hospitalisations /Opérations | Dates |
|------------------------------|-------|
| | |
| | |
| | |

| Entorses/ Fractures/ Douleurs | Dates |
|-------------------------------|-------|
| | |
| | |
| | |

| Problèmes de santé | | Si oui, préciser les adaptations mises en place |
|-------------------------------------|----------|--|
| Trouble visuel | Oui/ Non | |
| Trouble de l'attention | Oui/ Non | |
| Trouble du sommeil | Oui/ Non | |
| Trouble du comportement alimentaire | Oui/Non | |
| Trouble Dys | Oui/Non | |
| Handicap physique ou moteur | Oui/Non | |
| Énurésie / Encoprésie | Oui/Non | |
| Autre (préciser) | | |

| | |
|--|----------|
| Prothèses auditives | Oui /Non |
| Prothèses dentaires | Oui /Non |
| Port de lunettes ou lentilles | Oui /Non |
| Port de semelles orthopédiques | Oui /Non |
| Aisance aquatique | Oui /Non |
| Saignement de nez | Oui /Non |
| Pour une fille : est-elle réglée ? | Oui /Non |
| Problèmes liés aux menstruations: irrégularité, douleurs, syndrômes pré- menstruels... | Oui/Non |

Autres informations sur l'état de santé physique et psychique de votre enfant :

.....
.....

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.

En cas de problème de santé au long cours, il est important d'en parler au responsable infirmerie pour mieux accompagner votre enfant. Si un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a été établi au collège, une copie peut être fournie.

j'autorise l'infirmière à administrer si besoin des médicaments sans ordonnances (type doliprane, spasfon, lisopaine...)

Allergies et Régime alimentaire :

Régime alimentaire spécifique :

.....
.....

| | |
|---------------------------------|----------|
| Allergies médicamenteuses | Oui /Non |
| Allergies alimentaires | Oui /Non |
| Allergies aux animaux | Oui /Non |
| Allergies aux pollens /acariens | Oui /Non |
| Asthme | Oui /Non |

Merci de préciser la/les cause(s) de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Peurs, Phobies

| | | |
|---------------|---------|--|
| Vertige | Oui/Non | |
| Peur de l'eau | Oui/Non | |
| Peur du noir | Oui/Non | |
| Animaux | Oui/Non | |

Autre :

.....

Addictions

| | | |
|---------------------------|---------|--|
| Cigarette | Oui/Non | |
| Écrans | Oui/Non | |
| Difficultés de séparation | Oui/Non | |

Autre :

Vaccinations

Il est demandé de joindre une **photocopie des pages de vaccination du carnet de santé** ou **l'attestation ci-dessous des vaccinations** en cas d'absence de carnet.

| Vaccination | Date du dernier rappel | Vaccination | Date du dernier rappel |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------|
| Tuberculose (BCG) | | Hépatite B | |
| DTP & Coqueluche | | ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) | |
| Pneumocoque | | Méningite | |

En l'absence des pages de vaccination, nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

.....

Date et Signature de la personne ayant vérifié la conformité des vaccins :

Je soussigné.e,
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 et Signature des responsables légaux :