

Echanger - Prier- Chanter

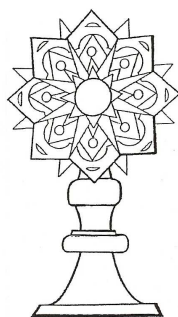


Découvrir

Se détendre

Adorer

S'amuser



Ecouter

Se confesser

CE2, CM1, CM2



Retraite animée par la
Communauté de
l'Emmanuel
et les paroisses
Saint Joseph Artisan (10^{ème})
Saint Laurent (10^{ème})
Saint Nicolas de Champs

**Retraite pour
Enfants**

**8-11 ans
CE2, CM1, CM2**



"Je te montrerai le chemin du Ciel"
(St Jean-Marie Vianney- curé d'Ars)

Paroisse Saint Joseph

**13-14 mars 2010
PARIS**

WE du 13 - 14 mars 2010

Un temps privilégié pour garçons et filles du CE2 au CM2 :

- **pour se former chrétiennement et approfondir les questions sur la foi**
- **pour donner le désir de se mettre à l'écoute de Dieu dans la prière, l'adoration et les sacrements**
- **pour donner la possibilité de partager sa foi avec d'autres enfants**

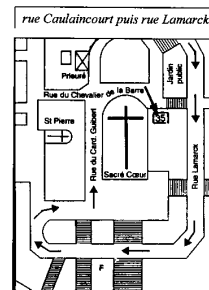
RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

- Lieu : rendez-vous est à Montmartre

l'accès est par derrière :

Adresse de l'Accueil :

MAISON D'ACCUEIL
EPHREM
33, RUE DU
CHEVALIER DE-LA-BARRE
75018 PARIS



- Horaires : Samedi à 14h30 à Montmartre
Dimanche à 17h à Montmartre

- Repas : petit déjeuner et déjeuner du dimanche servi chaud sur place.

Un pique-nique pour le samedi soir

- fiche sanitaire de liaison à remplir avec l'inscription.

- Affaires à emporter :

- sac de couchage
- pyjama ou chemise de nuit
- vêtements de rechange
- trousse de toilette avec le nécessaire
- une serviette et un gant de toilette
- Kway ou ciré

- Coût du week-end :

30 € par enfant, 25 € à partir du 2^{ème} enfant
Chèques à : EmmaPar

Que nul ne soit empêché de venir pour des raisons financières, nous en parler.

- Renseignements et inscriptions :

Paroisse Saint Joseph Artisan
Père Benoît GARRIGUE :
01 46 07 93 60 ; 06 12 34 49 85
benoit.garrigue@free.fr

INSCRIPTIONS A RETOURNER AVANT LE 17 FEVRIER 2010

Mr / Mme ----- Email : -----

Adresse : -----

Tel fixe : ----- Tel mobile : -----

Inscrivent leur(s) enfants :

Prénom : ----- âge : ----- classe : ----- sexe : -----

Prénom : ----- âge : ----- classe : ----- sexe : -----

Prénom : ----- âge : ----- classe : ----- sexe : -----

pour le week-end du 13 et 14 mars 2010 chez les Sœurs de Montmartre et autorisent les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature des parents et date :



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES