

BULLETIN D'INSCRIPTION

À RETOURNER **AVANT LE 30 MAI 2018** À :

Pastorale des Jeunes - « Pèlerinage Rocamadour-Moissac »
16 chemin de la Pelouse, 95300 Pontoise

Ne pas oublier de joindre : ✓ 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale
✓ la fiche sanitaire de liaison ci-après

JE MARCHE SUR LE CHEMIN DE SAINT-JACQUES-DE-COMPOSTELLE !

NOM (en majuscules) : Prénom :

Homme Femme Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postale : Ville :

Tél. : Email :

N° carte d'identité ou passeport :

Groupe d'aumônerie : Paroisse :

En cas de nécessité urgente, prévenir :

NOM (en majuscules) : Prénom :

Adresse complète :

Tél. : Email :

Je joins un chèque d'acompte de 150 € à l'ordre de « ADP - Pastorale des Jeunes ».

Je m'engage à payer le solde avant le 15 juin 2018.

Fait à le

Signature (précédée de « lu et approuvé ») :



Pèlerinage de Conques à Rocamadour, du 6 au 15 juillet 2018

FICHE DE SUIVI SANITAIRE

Informations personnelles :

NOM Prénom

Date et lieu de naissance Nationalité

Adresse

Code postal Ville

Courriel.....

Tel. domicile Portable.....

Sexe : Homme Femme Numéro de sécurité sociale

Carte Européenne d'Assurance Maladie

+ Joindre photocopie de la Carte Européenne d'Assurance Maladie

Groupe sanguin et Rh. :

Nom et Tél. du médecin référent

Contact en cas d'urgence pendant la durée du pèlerinage :

Nom Prénom

Lien parental

Tél. Portable.....

Courriel.....@.....

Renseignements médicaux :

I-Vaccinations - Dates du : Dernier rappel Diphtérie, tétanos, polio : BCG : Hépatite B : Hépatite A : Coqueluche : Typhoïde :	Allergies : Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Asthme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Alimentaires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (préciser) : Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, dépression ou troubles psychologiques) en précisant les dates et précautions à prendre :	Traitement à suivre pendant le séjour (prévoir photocopies des ordonnances de – de 3 mois à la date du départ) :
Groupe sanguin : Régime alimentaire particulier :	Port de : - Lunettes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Prothèses auditives <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Je joins à cette fiche sanitaire le certificat médical au verso, dûment complété, ainsi qu'une photocopie de ma Carte Européenne d'Assurance Maladie.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche et autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

Date : Lieu Signature :



Pèlerinage de Conques à Rocamadour, du 6 au 15 juillet 2018

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour :

M/Mme/Melle

Né(e) le

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication médicale pour le pèlerinage de Conques à Rocamadour (pas de contre-indication, notamment aux marches de longue durée...)"

Fait à le/...../.....

Signature et cachet du médecin