



# Pèlerinage diocésain

Servants d'autel &  
servantes de l'assemblée



*ARS*

*du lundi 12 au mercredi 14 février 2018*

Renseignements et inscriptions :

Abbé Yves Molin : 07 81 94 94 06 – [yves.molin@gmail.com](mailto:yves.molin@gmail.com)

Sr Clotilde-Emmanuel : 04 70 58 85 00 – [sr.clotilde-emmanuel@stjean.com](mailto:sr.clotilde-emmanuel@stjean.com)

## Au programme :

*Un pèlerinage sur les pas de saint Jean-Marie Vianney, pour permettre aux servants et servantes d'approfondir leur foi et de découvrir la beauté de leur mission au service de la liturgie de l'Église. Des temps spécifiques seront proposés pour les garçons et pour les filles.*

*Visite d'Ars et de la maison du saint curé ; visite du musée de cire ; temps d'adoration et de confession ; rencontre avec des séminaristes ou des religieuses ; veillée de jeux ; temps de détente ; entrée en carême avec les séminaristes d'Ars pour la messe des cendres le mercredi matin...*

## Informations pratiques :

**Départ** le lundi 12 février à 8h00 à Montluçon. Passage à 9h00 à Chemilly  
(proche de Moulins)

**Retour** le mercredi 14 février à 18h30 à Montluçon (17h30 à Chemilly).

À l'approche du pèlerinage, les **informations complémentaires** vous seront données par mail (lieu de rendez-vous précis, matériel à emporter...).

**Encadrement** : Nous validerons les inscriptions uniquement dans la mesure où nous serons suffisamment d'adultes pour encadrer. N'hésitez pas à vous proposer ou à proposer à des majeurs de venir nous accompagner !

## Prix du pèlerinage :

60 €, à régler par chèque à l'ordre « ADM – Direction des pèlerinages ».

Ce prix comprend :

- le transport en car
- l'hébergement à la maison d'accueil La Providence et la restauration
- La visite du musée de cire et la participation à la vie des sanctuaires d'Ars

*Nous souhaitons que le prix ne constitue un obstacle pour personne. En cas de difficulté, n'hésitez pas à nous contacter.*

# Bulletin d'inscription

**J'inscris mon enfant au pèlerinage à Ars du 10 au 14 février 2018**

NOM & Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Adresse des parents : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

Email : .....@.....

Nom de votre paroisse : .....

Ville de départ choisie (entourer la ville) :                      Montluçon                      Chemilly (Moulins)

## Autorisation parentale

Je soussigné(e) .....

autorise mon enfant .....

- à participer au pèlerinage diocésain à Ars du 12 au 14 février 2018.
- à être transporté par des moyens privés
- autorise le responsable du groupe, l'abbé Yves Molin, ou son délégué à prendre toute décision concernant la santé de mon fils/ma fille et j'autorise toute intervention médicale ou chirurgicale qui se révélerait nécessaire. Je demande à en être aussitôt avisé(e) à l'adresse ci- dessus.

Sauf avis contraire écrit de votre part, le Service s'autorise à prendre des photos pendant le séjour et à les publier dans les divers outils de communication du diocèse.

Fait le ..... à .....

Signature (Précédée de la mention « Bon pour autorisation ») :

## Charte de l'enfant

Moi, ....., je désire participer au pèlerinage à Ars. Je m'engage à respecter toutes les consignes qui me seront données par les adultes responsables, et à respecter les autres (en particulier en respectant l'horaire du coucher) et les lieux qui nous accueilleront.

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM & Prénom de l'enfant : .....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES

<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>MÉDICAMENTEUSE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ALIMENTAIRE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>AUTRES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---	--	---

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

.....

.....

.....

.....

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE ET **AUTRES REMARQUES** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM ET TÉLÉPHONE. DU **MÉDECIN TRAITANT** de votre enfant : .....

.....

Bulletin à retourner à l'adresse ci-dessous, avant le 20 janvier :

Accompagné de votre règlement de 60€ (ordre : ADM – direction des pèlerinages)

Abbé Yves Molin – Pèlerinage des servants

1 rue de Paris - 03 000 Moulins