

MONT SAINT MICHEL - 7-8-9 JUIN 2014

# Pélesperados

PÈLERINAGE DES JEUNES CHRÉTIENS DE  
SEINE-SAINT-DENIS DES 13-15ANS



“ QUAND VOUS PRIEZ DITES NOTRE PÈRE ”

Luc 11, 2

Réservation avant le 28 mars 2014 par mail à montsaintmichel93@gmail.com

## Autorisation parentale

Je, soussigné(e) père / mère

du (de la) jeune :

Date de naissance du jeune :     /     /

Demeurant :

Autorise mon fils / ma fille à participer au **Pèlerinage du Mont Saint Michel qui a lieu du samedi 7 au Lundi 9 Juin.**

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise son responsable de groupe :

\_\_\_\_\_ du diocèse de Saint-Denis

à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Cette personne pourra également sortir du service des urgences mon fils /ma fille \_\_\_\_\_ si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

Par ailleurs, j'autorise la diffusion de photos, de vidéos ou de tout autre support sur lequel figure mon enfant dans le cadre de la communication diocésaine.

N° de téléphone sur lequel je suis joignable pendant le pèlerinage :

N° de Sécurité sociale (**joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale**) :

N° de la Mutuelle (**joindre la photocopie**) :

Remarques (allergies, traitements etc....) :

Fait à :

Le :

Signature du / des parents :