



# SÉJOUR MONTAGNE ET FOI



## POUR S'INSCRIRE

RENOYER AVANT LE **1<sup>ER</sup> FÉVRIER 2026** :

☐ CE DOCUMENT **IMPRIMÉ ET COMPLÉTÉ**

☐ LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**OBLIGATOIRE POUR MINEURS, TRÈS RECOMMANDÉE POUR MAJEURS**

☐ LA PARTICIPATION

- **Arrhes** : 100 € avant le 1er février
- **OU par chèque** à l'ordre de : CLEO
- **OU par Virement** : FR2520041010051347853C02628
- **Solde** : À régler le jour du départ.

Le tout sous enveloppe adressée à CAMP MONTAGNE ET FOI CLEO, Abbaye Notre Dame, 10 place Saint Eloi, 60138 CHIRY OURSCAMP

## RAPPEL

**Date** : Du 22 au 28 février 2026 | Garçons de 17 à 23 ans

**Adresse** :

Chalet du RATI BOISE

455 chemin de l'eau -

74110 La Côte d'Arbroz - Haute-Savoie

**Activités** : Randonnée en raquettes, découverte de la faune avec un guide, 1 journée de ski sur piste. **Hébergement** : En refuge | **Prix** : 500 € toutes dépenses comprises (costume inclus après Noyon ou Alsace).

## CONTACTS

- **Picardie** : Père Maximilien — 06 08 64 90 27      [antoinelamourere@gmail.com](mailto:antoinelamourere@gmail.com)
- **Alsace** : Frère Charles — 06 45 54 65 23
- **Site** : [www.serviteurs.org](http://www.serviteurs.org)

## RÈGLES DE VIE

1. **Vivre ensemble** : Participation active et joyeuse aux activités requises.
2. **Foi** : Camp catholique (messe quotidienne et temps de prière font partie de l'horaire).
3. **Espace partagé** : Respectez la propreté et l'ordre des espaces partagés et les périodes de calme prévues.
4. **Téléphone** : Utilisation seulement en cas d'urgence. On vise une vraie déconnexion
5. **Service** : Participation de tous à la préparation des plats et à la vaisselle.
6. **Sécurité** : Respectez les règles sur les pistes, durant les randonnées.
7. **Esprit** : Priorité à la fraternité (pas de petits sous-groupes)

*(page à conserver)*

### À EMPORTER (NE PAS SE SURCHARGER)

- Vêtements de ski + gants/moufles + bonnet + écharpe.
- Lunettes de soleil / Masque de ski + crème solaire.
- Chaussures de randonnée (impératif pour les raquettes)
- Chaussons pour l'intérieur.
- Affaires de toilette + serviette de bain.
- Duvet / Sac de couchage & petit oreiller affaire de nuit
- gourde + petit **thermos**.
- Petit sac à dos (pour la journée) + papier/stylo.
- Papiers d'identité + petite pharmacie personnelle.
- Instrument de musique + jeux de société.
- Aube pour les servants d'autel
- **PIQUE-NIQUE pour le DIMANCHE** (départ)

**Attention**, pour favoriser un départ de bonne heure le dimanche 22 février, nous demandons aux jeunes de la région parisienne ou de Picardie de rejoindre l'abbaye d'Ourscamp la veille : 20 h 30, ayant dîné. Le gîte pour la nuit à l'abbaye est donc prévu.

*(page à conserver)*

---

## FICHE D'INSCRIPTION DU JEUNE

À remplir par le participant (ou par la personne légalement responsable, le cas échéant).

Nom : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....Té

léphone du jeune : ..... Mail du jeune : .....

Niveau scolaire Apprentissage : .....

Informations logistiques (pour la location du matériel) :

Pointure : ..... Taille (cm) : ..... Poids (kg) : .....

---

## AUTORISATIONS (POUR LES MINEURS)

Personne responsable légale du jeune :

M./Mme .....

Portable Parents : Père : ..... Mère : .....

Contact Whatsapp (obligatoire pour les nouvelles) : .....

Adresse mail parents : .....

☐ **Participation** : J'autorise mon enfant / le jeune dont je suis responsable à participer à un camp de ski-avant organisé par les SJM frères via le CLEO du 22 au 28 février 2026.

☐ **Santé** : J'autorise le responsable à assurer les premiers soins ou procéder à l'hospitalisation du jeune si nécessaire.

☐ **Transports** : J'autorise mon fils à utiliser les transports prévus (navettes, voitures de l'encadrement) pour les trajets et activités (notamment depuis Noyon/Alsace vers le lieu du séjour).

☐ **Assurance** : Je certifie avoir souscrit une **assurance rapatriement** et prends en charge les frais médicaux via l'assurance familiale.

☐ **Droit à l'image** : J'autorise ☐ / Je n'autorise pas ☐ la publication de photos/films du camp à des fins de communication (internet, affiches).

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature du jeune : ..... Signature responsable (si mineur) : .....

---

## ACCEPTATION RÈGLES DE VIE

Je soussigné(e), ....., déclare avoir lu et accepté les termes de ce document.

Date : ..... / ..... / .....

Signature du jeune : .....

Signature responsable (si mineur) : .....

---

(page à renvoyer à CAMP MONTAGNE ET FOI CLEO, Abbaye Notre Dame, 10 place Saint Eloi, 60138 CHIRY OURSCAMP)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐

FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

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

## 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

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

|                                                                         |                                                                        |                                                                       |                                                                                             |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGU<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      |                                                                         |

ALLERGIES: ASTHME oui ☐ non ☐  
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES 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

.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE(PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

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

.....

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

*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 :** **Signature**