



Paris le 15 Janvier 2018

Chers parents,

Dans le cadre de la pastorale du lycée, nous proposons à vos enfants de participer au pèlerinage du fraternel, dit le « Frat » du **17 au 22 avril 2018**. Ce rassemblement s'adresse à tous les lycéens d'Ile de France. Il aura lieu à Lourdes autour du thème « **Sois sans crainte, il t'appelle** ». Nous logerons dans l'un des hôtels de la ville.

Le coût du pèlerinage est de 335€ et sera encaissé par prélèvement. Les fratries peuvent bénéficier d'une réduction de 20€ par personne. Le prix comprend tous les frais (transport, hébergement, repas, signe distinctif du groupe...). Aucune inscription ne sera retenue sans le règlement demandé, merci de votre compréhension. Aucun remboursement ne sera fait en cas d'absence. Seul un remboursement partiel pourra être fait sur présentation d'un certificat médical.

Afin de préparer ce pèlerinage, tant dans sa dimension logistique que spirituelle, chaque jeune inscrit devra s'engager à participer aux réunions spécifiques au Frat. Ces temps de rencontres permettront de former le groupe, découvrir le message de Lourdes et d'entrer dans la réflexion du thème du Frat, « sois sans crainte, il t'appelle ». Ces rencontres auront lieu les **mardis de 17h30 à 19h les 23 janvier, 6 février, 13 et 27 mars, 10 avril et 15 mai 2018**.

Ci-joint une autorisation parentale à rendre impérativement à Mme DECLERCK le jeudi 23 janvier au plus tard. L'inscription ne sera définitive qu'une fois remis : le coupon réponse, l'autorisation parentale, la Fiche sanitaire de liaison, une attestation de sécu et mutuelle.

En espérant que vous vous lancerez à vivre cette aventure, n'hésitez pas à me contacter en cas de questions diverses. Pour mieux découvrir ce beau rassemblement, je vous invite à consulter le site du Frat : [www.frat.org](http://www.frat.org)

Un courrier ultérieur sera donné sur les modalités du départ (horaires de départs et retour, affaires à emporter...)

En vous souhaitant une très belle année 2018.

Isabelle Declerck, Adjointe en Pastorale Scolaire

[ideclerck@smpicpus.fr](mailto:ideclerck@smpicpus.fr)

---

Coupon réponse à rendre impérativement au plus tard le jeudi 23 janvier 2018 à déposer au bureau de Mme DECLERCK (405).

Je soussigné M. Mme....., Parent de.....en classe de ..... autorise mon enfant à participer au rassemblement du Frat avec le groupe scolaire Saint Michel de Picpus du 17 au 22 avril 2018. Je joins à ce coupon réponse l'autorisation parentale, la fiche sanitaire de liaison, l'attestation de sécu et mutuelle.

Je soussigné (Nom Prénom du jeune) .....m'engage à participer aux réunions de préparation du Frat, et à m'investir dans la dynamique du groupe dans le respect des règles imposées.

Date et Signature des parents :

Date et signature du jeune :



## **AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE**

(à rendre le jeudi 23 janvier 2018 à Mme DECLERCK):

Je, soussigné(e) : Nom : .....

Prénom.....

père / mère / tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

**AUTORISE MON ENFANT:**

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance (obligatoire) ...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : .....VILLE : .....

**à participer au pèlerinage du Frat 2016  
qui se déroulera à Lourdes  
du mardi 17 avril 2018 au dimanche 22 avril 2018**

**En cas de nécessité, j'autorise son transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puissent être pratiquées, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale (y compris une anesthésie) sur mon enfant.**

Je précise également ci-dessous, si mon enfant bénéficie d'un **suivi médical** particulier (traitement, suivi psychologique, allergies...)

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

**Téléphone où l'on peut me joindre pendant la semaine:**

...../...../...../...../.....

N° de sécurité sociale :

**J'accepte que mon enfant puisse apparaitre sur d'éventuelles photos prises lors de la semaine (cocher la case si vous n'autorisez pas, merci ).**

Fait à ....., le ...../...../2018.

**Signature (obligatoire) :**



**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, ..... 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 :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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