

MYSTÈRE À TURIN

Ateliers Toussaint 2024

Du 21 au 25 octobre
de 9h00 à 18h00

Pour les enfants du CP au CM2

Renseignements
et inscription :
www.paroisse-ndl.fr
01 40 31 61 60

Date limite d'inscription :
16 octobre 2024

À la recherche
du Saint-Suaire

Notre-Dame

de Lourdes

Plus d'informations sur
atelierspourlesenfants.com


FACELSE2
Fédération des Associations
Catholiques Éducatives et de Loisirs

 **Facel**
Commission pour l'éducation


L'ÉGLISE
CATHOLIQUE
À PARIS



ATELIER DE LA TOUSSAINT **«Mystère à Turin :**

A la recherche du Saint-Suaire »

Du lundi 21 au vendredi 25 octobre de 9h00 à 18h00
Maison Saint Joseph (salles paroissiales)
au 113 rue Pelleport – 75020 Paris

Les enfants voyageront dans le temps et l'espace pour se retrouver à Turin à la fin du 19ème siècle. Leur mission : aller à la rencontre de saint Jean Bosco et devenir enquêteur afin de l'aider à retrouver le Saint-Suaire qui a été volé et découvrir l'auteur du larcin.

Horaires et lieu d'accueil

Nous accueillerons les enfants du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 dans les salles paroissiales situées au 113 rue Pelleport (salles du catéchisme et du patronage).

Le soir, les parents peuvent venir chercher les enfants à partir de 17h30.

Déjeuners et goûters

Déjeuners :

Nous partagerons un repas préparé par nos soins avec l'aide des enfants (les lundi, mardi, mercredi et jeudi).

L'enquête ayant lieu à Turin, nous leur proposerons une "cuisine à l'italienne" (lasagnes, pizza, pâtes, etc....) qui, nous le pensons, plaira à une grande majorité d'entre eux.

Pour le vendredi, nous demanderons à l'enfant d'emmener un pique-nique car nous serons de sortie.



Les goûters

Les goûters sont également un temps de partage.

Le lundi, chaque enfant devra venir avec quelque chose à partager pour le goûter.

Cela peut être :

- un gâteau (quatre-quart, marbré genre savane, brioche, etc.. ou bien encore un gâteau fait maison.)
- des fruits de saison : pommes, poires, bananes, clémentines, oranges.... (qui pourront éventuellement servir également pour le dessert)
- de la compote en pot de verre car plus facile à partager, du chocolat, etc....

Les activités

Tout au long de la semaine, lors de notre enquête, de nombreuses activités seront au programme : activités créatives et artistiques, jeux de rôles, chants, atelier cuisine, etc...

Le vendredi matin, nous irons à la rencontre des enfants des autres patronages, qui, comme nous, ont mené l'enquête, lors d'un rassemblement à l'Eglise du Saint Esprit dans le 12ème arrondissement où participerons à un Cluedo géant, et grâce aux indices récoltés dans la semaine, nous retrouverons peut-être le Saint-Suaire.

Nous y prendrons notre déjeuner sous forme de pique-nique (préparé par vos soins). Nous serons de retour en début d'après-midi pour terminer cette semaine d'intense activité par l'exposition de nos œuvres à l'attention des parents.

Coût de la semaine d'atelier (prix forfaitaire déjeuner du lundi au jeudi compris) :

- 80 € par enfant
- 75 € par enfant en cas de fratrie

Règlement par chèque à l'ordre de la Paroisse Notre-Dame de Lourdes.

Date limite d'inscription : Mercredi 16 octobre

Le nombre de place étant limité, seuls les dossiers complets seront pris en compte dans leur ordre d'arrivée.



Pièces à joindre impérativement :

- Fiche sanitaire
- Photocopie du carnet de vaccination
- Photocopie d'assurance scolaire pour l'année 2023-2024
- Photo d'identité
- Règlement par chèque à l'ordre de la Paroisse Notre Dame de Lourdes



de 9h00 à 18h00
Règlement, oui

PATRONAGE
PAROISSE NOTRE DAME DE LOURDES
Atelier de la Toussaint
Du 21 au 25 octobre

Photo

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à :

Etablissement scolaire :

COORDONNEES

Responsable légal : Parents ; Père ; Mère

Adresse pour le courrier :

.....

Tél. domicile : Courriel :

Portable père : Portable mère :

Situation familiale des parents : mariés ; séparés ; divorcés ; célibataires.

En cas de séparation, adresse de l'autre parent :

.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Mr/Mme..... autorise / n'autorise pas mon enfant
..... à rentrer seul après à 18h00.

Si non, les personnes autorisées à prendre mon enfant à la sortie sont :

Prénom	Nom	Téléphone	Lien avec l'enfant



AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

Mr/Mme..... autorise le responsable à faire donner à mon enfant tous les soins utiles et à le faire transporter dans tout établissement hospitalier, et autorise tout médecin, à faire pratiquer, en cas d'urgence toute intervention médicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu nécessaire pour la santé de l'enfant.

Fait à....., le

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

DROIT A L'IMAGE ET PRISE DE PHOTOGRAPHIE

Mr/Mme..... autorise / n'autorise pas (rayer), à titre gracieux, l'utilisation de photo de mon enfant dans le cadre des activités du patronage.

Une photographie constituant une donnée à caractère personnel, j'ai été informé(e) des droits dont je dispose, à tout moment, afin de vérifier l'usage qui est fait de cette image et d'en demander le retrait de toute publication ou diffusion.

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) : Monsieur/Madame* _____

Agissant en qualité de responsable légal,

autorise mon fils/ma fille _____

à participer à la sortie organisée dans le cadre de l'atelier de la Toussaint par le patronage de la paroisse Notre Dame de Lourdes, le vendredi 25 octobre à:

l'Eglise du Saint Esprit (75012) – 186 avenue Daumesnil

Départ prévu vers 9h00 - Retour : vers 14h30

Moyens de transports : Transports en commun (merci de prévoir 2 tickets ou la carte de transport si l'enfant en possède une).

Date : _____ Signature





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **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.

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

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
