

Pèlerinage diocésain



des servants d'autel & servantes de l'assemblée

"Notre cité se trouve dans les cieux"

Ph 3.20

à Clermont-Ferrand & St Nectaire
du lundi 21 au mercredi 23 octobre 2024

Randonnée, spéléologie, prière... **et fromage** 🧀



Renseignements et inscriptions :

servants.moulins@gmail.com

Sr Laura Agnès : 07 48 10 37 43

Au programme :

Chaque jour, à travers les messes et les temps de réflexion, nous approfondirons le thème du pélé : « Notre cité se trouve dans les cieux ».

Le 21 octobre, nous partirons à la découverte de la ville de Clermont. Nous puiserons au riche héritage spirituel de cette ville à travers des visites de la basilique Notre Dame du Port et la cathédrale Notre Dame de l'Assomption. Nous rencontrerons un frère capucin.

Le 22 octobre, nous partirons en randonnée à travers les paysages majestueux de l'Auvergne, jusqu'au Puy de Clierzou.

Le 23 octobre, nous découvrirons la beauté de cette terre volcanique sauvage, à travers une visite spéléologique dans les grottes du Cornadore ! Ensuite, nous visiterons une des 5 églises romanes d'Auvergne dites « majeures » : l'église Saint Nectaire.

Et bien sûr, il faut s'amuser ! Notre équipe des animateurs a prévu un grand jeu et des veillées !

Informations pratiques :

Départ le lundi 21 octobre vers 7h à Moulins (horaire approximatif), passage à Montmarault et à Gannat.

Retour le mercredi 23 octobre vers 20h à Moulins (arrêts à Gannat et Montmarault)

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

Prix du pèlerinage :

95 €, à régler par chèque à l'ordre « ADM – Direction des pèlerinages ». 160€ pour deux enfants ; 200€ pour trois enfants d'une même famille.

Ce prix comprend :

- le transport en car
- l'hébergement à l'internat Sainte Anne à Orcines (*en fonction de notre nombre, des jeunes seront invités à amener leur propre matelas gonflable pour les nuits - nous vous tiendrons au courant*)
- les repas
- les visites et offrandes pour les lieux qui nous accueillent

Nous souhaitons que le prix ne constitue un obstacle pour personne. Ce prix est inférieur au coût réel (nous compléterons avec des dons). Cependant, en cas de difficulté, n'hésitez pas à nous contacter.

Bulletin d'inscription

J'inscris mon enfant au pèlerinage diocésain des servants du 21 au 23 octobre 2024 NOM & Prénom de

l'enfant :

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Sexe : Garçon Fille

Adresse des parents :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mobile :

Email :@.....

Nom de votre paroisse :

Autorisation parentale

Je soussigné(e), responsable légal

de mon enfant :, l'autorise :

- à participer au pèlerinage diocésain des servants & servantes 2024
- à être transporté par des moyens privés
- autorise toute intervention médicale ou chirurgicale qui se révélerait nécessaire. Je demande à en être aussitôt avisé(e).

Sauf avis contraire écrit de votre part, le Service s'autorise à prendre des photos et vidéos 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 des servants et servantes. 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 | | | DATES DES RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|-------------------|---------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| Diptérie | | | | 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 ?

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | MÉDICAMENTEUSE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ALIMENTAIRE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | AUTRES 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 jeudi 10 octobre :

Accompagné de votre règlement de 95€ (ordre : ADM – direction des pèlerinages)

Pèlerinage des servants – Séverine Cousquer
 20 rue Colombeau – 03 000 Moulins



Pour éviter d'éventuels soucis de délais postaux, nous vous invitons également à nous informer de votre inscription en ligne, en complétant le formulaire suivant (qr code ci-dessus) : <https://forms.gle/fFasM3mQsK2Jnzdj7>