

POUR ENFANT MINEUR VOYAGEANT SANS UN DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE

BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE & AUTORISATION PARENTALE - A COMPLETER, COCHER & CONSERVER UNE COPIE - à retourner avant 25 septembre

Informations générales

GRATUIT

Route VTT pour les 12-17 ans

**au départ de la cathédrale
de Chambéry**

Les jeunes seront sous la responsabilité
de leurs parents ou d'un adulte
référence à l'arrivée à Myans

Nombre de places limité

Responsable de la route VTT : M. Vincent Rigal

(07 88 32 53 23)

secretariatpartage2@catholique73.org

Protection des données personnelles

*La validation de l'inscription de votre enfant nécessite de
compléter les informations suivantes*

COCHER LES CASES CORRESPONDANT A VOS CHOIX.

➤ J'autorise l'AD CHAMBERY - MAURIENNE &
TARENTEISE à enregistrer mes coordonnées (mail,
postales et téléphoniques) ☐ OUI ☐ NON

➤ J'accepte de recevoir des informations,
exclusivement, de l'Association Diocésaine par mail
ou courrier postal. ☐ OUI ☐ NON

Droit à l'image

➤ J'accepte que mon enfant soit pris en photos ou qu'il
apparaisse sur des vidéos et leur publication sur tous
supports de communication du diocèse. ☐ OUI ☐ NON

Données médicales confidentielles

Allergie, insuffisance respiratoire, cardiaque, etc ...

Personne à prévenir en cas d'urgence

(A compléter obligatoirement)

Nom d'usage

Prénom

Tél fixe :/...../...../.....

Tél mobile :/...../...../.....

Courriel@.....

Accord & Signature

Je soussigné (nom, prénom)

.....
En qualité du détenteur de l'autorité parentale (père, mère,
autre), Détenteur de l'autorité parentale de

NOM (ENFANT)

PRENOM :

Né(e) le :

Adresse

Code Postal Ville.....

accepte qu'il/elle participe à la ROUTE VTT au départ de la
cathédrale de Chambéry le 5 octobre 2025

Je certifie avoir pris connaissance :

- du programme,
- des Conditions Générales de Participation (CGP) de Pèlerinages
consultables au bureau du SDP C & M-T.
- J'autorise le transport de mon enfant par les moyens prévus.
- J'autorise les responsables à faire pratiquer toutes interventions
chirurgicales, en cas d'urgence (y compris l'autorisation d'anesthésier et
d'opérer).
- Je m'engage, le cas échéant, à rembourser à l'organisateur l'intégralité des
frais médicaux engagés.
- En cas de vol (argent ou affaires personnelles), l'organisateur décline
toute responsabilité et aucune indemnité n'est prévue.
- En cas de dégradation de matériel, le montant des réparations est
facturé.

Je demande son inscription

Fait le..... à

Signature du détenteur de l'autorité parentale :



INFORMATIONS GENERALES A CONSERVER

1 Formulaire d'information pour la vente de voyages et de séjours

La combinaison de services de voyages proposée, dans cette proposition de pèlerinage, est un forfait au sens de la directive (UE) 2015/2302 et de l'article L.211-2 II du code du tourisme. Vous bénéficiez de tous les droits octroyés par l'Union européenne applicables aux forfaits, tels que transposés dans le code du tourisme.

Le SDP C&M-T est entièrement responsable de la bonne exécution du forfait dans son ensemble. Le SDP C&M-T dispose d'une protection afin de rembourser vos paiements et, si le transport est compris dans le forfait, d'assurer votre rapatriement au cas où le SDP C&M-T devient insolvable. A cette fin, l'AD C&M-T a souscrit une garantie financière auprès de ATRADIUS (159 Rue Anatole France – CS50118 – 92596 Levallois-Perret cedex). Cette garantie porte le N° 378212. Pour plus d'informations sur les droits essentiels au titre de la *directive (UE) 2015/2302* voir <https://www.lesaffaires.gouv.fr/lorf/id/JORFTEXT000031632248/>

2 Prix CGP et conditions économiques

Ce voyage pastoral est soumis aux Conditions Générales de Participation, consultable à l'adresse du diocèse régissant les rapports entre le SDP C&M-T et le Pèlerin. Le prix indiqué est calculé selon les conditions économiques connues en date d'édition du programme du pèlerinage.

Ce que le prix comprend :

- L'intégralité du transport aller et retour depuis la ville de regroupement définie.
- L'hébergement selon les modalités définies.
- La restauration selon le programme.
- Les entrées aux lieux de visites et musées et animations.

Ce que le prix ne comprend pas :

- Les dépenses (boisson, achats privés, ...) personnelles.
- L'offrande lors de rencontre d'un intervenant (80€ pour le groupe), ou lors des offices, à discrétion.

3 Assurance

Les Pèlerinsages et voyages pastoraux relèvent du champ du code du tourisme. Ils sont organisés par l'AD C-M&T et assurés auprès de la Mutuelle Saint Christophe (277 rue St Jacques – 75256 Paris cedex 05) sous le N° de contrat 26000287 Les risques couverts sont : Responsabilité Civile Professionnelle, Annulation, Rapatriement.

4 Conditions d'annulation

Annulation par le pèlerin :

Conformément à l'article 1221-28 du Code de la Consommation, le présent bulletin d'inscription n'est pas soumis au droit de rétractation. Toutefois, le voyageur peut annuler le contrat à tout moment avant le début du voyage et s'acquitter des frais selon le tableau ci-dessous. **Toute annulation doit être notifiée par lettre recommandée**

Barème d'annulation sur le prix total

- Avant 30 jours de la date de départ : 10%.
- Entre 30 et 21 jours avant la date de départ : 25%.
- Entre 20 et 8 jours avant la date de départ : 50%.
- Entre 7 et 2 jours avant la date de départ : 75%.
- Moins de 2 jours avant la date de départ : 90%.

Tout voyage interrompu ou abrégé – du fait du pèlerin, pour quelque cause que ce se soit – ne donne lieu à aucun remboursement.

5 Non-Conformité & contact

Lorsqu'une non-conformité est constatée sur place, le pèlerin est tenu de la signaler au contact ci-dessous dans les meilleurs délais : SDP C&M-T, Place du Cardinal Garrone 73000 CHAMBERY ou 06 33 09 14 24 ou pelerinage@catholique73.org

Le non-signallement d'une non-conformité sur place peut avoir une influence sur le montant des éventuels dommages-intérêts ou réduction de prix si le signalement sans retard pouvait éviter ou diminuer le dommage.

Le pèlerin peut également demander de l'aide auprès du contact ci-dessus en cas de difficulté sur place.

Le SDP C&M-T et les prestataires retenus par celui-ci sont responsables de la bonne exécution des services prévus au présent bulletin d'inscription et sont tenus d'apporter de l'aide au pèlerin en difficulté.

En cas de mise en jeu de leur responsabilité de plein droit du fait des prestataires, les limites de dédommagement résultant de conventions internationales selon l'article L. 211-17-11/ du Code du Tourisme trouvent à s'appliquer ; à défaut et sauf préjudices corporels, dommages intentionnels ou causés par négligence, les dommages-intérêts éventuels sont limités à trois fois le prix total du voyage ou du séjour. Le pèlerin peut saisir le SDP C&M-T de toutes réclamations, à l'adresse suivante : SDP C&M-T, Place du Cardinal Garrone 73000 CHAMBERY 06 33 09 14 24 par lettre accusée-réception et/ou par mail à pelerinage@catholique73.org, accompagnée de tous justificatifs.

A défaut de réponse satisfaisante dans un délai de 60 jours ou s'il n'est pas satisfait de la réponse reçue, le client peut saisir gratuitement le Médiateur du Tourisme et du Voyage, dont les coordonnées et modalités de saisine sont disponibles sur le site : www.mtv.travel.

6 Règles de Protection de Données Personnelles

Les **FINALITES DE COLLECTE DES DONNEES PERSONNELLES** sont

- Enregistrement, correspondance, suivi et organisation (transports, hébergements, restauration) d'un pèlerinage ou voyage pastoral relevant de la responsabilité du SDP C&M-T.
- Information en vue de participer à un pèlerinage ou voyage pastoral relevant de la responsabilité du SDP C&M-T.

Le **RESPONSABLE DE TRAITEMENT** est le Directeur Diocésain des Pèlerinages, en titre, au jour de l'inscription.

La **DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES** est validée annuellement.

Les **DESTINATAIRES DES DONNEES** sont :

- Le SDP C&M-T, Les différents intervenants nécessaires à l'organisation (prestataires : transports, hébergements, restauration et autres participants), les administrations des pays concernées et l'AD C&M-T.
- Aucune information n'est transmise à un tiers sans votre autorisation.

Conformément à la législation en vigueur (loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, et au règlement européen du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données personnelles vous concernant et d'un droit d'opposition pour raison légitime à leur traitement.

Pour exercer ces droits, vous devez adresser un courrier postal à l'adresse suivante : **Pierrick LEVESQUE, place Cardinal Garrone 73000 CHAMBERY** ou par mail à econome.chambery@catholique73.org

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique www.bloctel.gouv.fr

7 Contact

Toutes demandes ou réclamations peuvent être adressées SDP C&M-T, Place du Cardinal Garrone 73000 CHAMBERY – 06 33 09 14 24 ou par email à pelerinage@catholique73.org

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON 

FILE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☐

AUTRES.

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

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

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