



AEP SAINT-VINCENT  
18, PLACE ALEXANDRE RILLIÉ  
28290 COURTALAIN

## Dossier d'inscription 2025

Chers parents,

Vous trouverez dans ce document tout le nécessaire pour inscrire votre enfant. Merci de remplir une fiche pour chacun de vos enfants, tant pour **la feuille d'inscription** que pour **la fiche sanitaire de liaison** :

- Fiche d'inscription
- Fiche Sanitaire de Liaison
- Photocopie d'attestation de sécurité sociale
- Photocopie d'attestation de mutuelle (une photocopie de la carte vitale ne suffit plus).

### Informations diverses :

- Le séjour est un camp sous tente.
- L'encadrement et l'aumônerie seront assurés par les membres de l'Institut du Bon Pasteur, ainsi que par des jeunes volontaires.
- La colonie est déclarée auprès du Ministère de la Jeunesse et des Sports, et les animateurs disposent de tous les diplômes légaux.
- Le trajet jusqu'à la colonie est à vos soins. Celle-ci pourra cependant mettre les familles de la même région en relation afin de faciliter les voyages.

Prix du séjour :

Tarif de base : **180 €** par enfant (160 € à partir du troisième enfant).

Tarif solidaire : **210 €**

L'aspect financier ne doit pas être un frein à l'inscription de votre enfant, n'hésitez pas à nous joindre si vous rencontrez des difficultés.

Afin de valider l'inscription, merci de renvoyer les documents, ainsi que le règlement (modes de paiement acceptés : chèques à l'ordre de « AEP Saint-Vincent », virement bancaire sur demande du RIB ou chèques-vacances) à l'adresse suivante :

Monsieur l'abbé Alpin CLAISSE  
20 place Alexandre Rillié  
28290 Courtalain

Pour toute autre information, vous pouvez me joindre aux coordonnées postales ci-dessus, par courriel à l'adresse suivante : [campsaintvincentdepaul@gmail.com](mailto:campsaintvincentdepaul@gmail.com) ou encore par téléphone au 06.95.77.13.49 (personnel) / 02.37.47.94.58 (séminaire).

Cordialement,

Abbé Alpin CLAISSE,  
Directeur

Fiche individuelle d'inscription :

Informations générales :

Nom : .....

Prénom : .....

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

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Mail : .....

Classe : ..... Ecole : .....

Age au moment du camp : .....

Coller ici une  
photo récente

Informations religieuses :

Votre enfant est-il baptisé ? OUI NON

A-t-il fait sa première communion ? OUI NON

Est-il confirmé ? OUI NON

Connait-il déjà la messe traditionnelle (forme extraordinaire) ? OUI NON

Sait-il la servir (garçons uniquement) ? OUI NON

Sauf contre-indication de votre part et pour un motif raisonnable, l'imposition du scapulaire du Mont-Carmel sera proposée à vos enfants durant le séjour. Ils sont évidemment libres d'accepter.

Informations diverses :

Votre enfant a-t-il déjà participé à un camp ou une colonie de vacances ? OUI NON

Votre enfant dispose-t-il de protections nocturnes ? OUI NON

Remarques particulières : .....  
.....  
.....

Autorisations :

Je soussigné(e) .....

Demeurant à .....

Et agissant en qualité de : père / mère / représentant légal / tuteur

Autorise mon enfant : .....

Né(e) le : ...../...../ .....

A participer au Camp Saint-Vincent-de Paul 2025 organisé par Monsieur l'abbé Alpin CLAISSE, directeur de la colonie.

J'accepte que des photos de mon enfant soient utilisées par la colonie dans ses supports de communication (tracts, brochures, site internet, etc.)

J'autorise l'utilisation des moyens de transports nécessités par le camp.

J'autorise le directeur Monsieur l'abbé Alpin Claisse ou à défaut la personne désignée par lui, à se substituer à moi – si une maladie ou un accident survenait à mon enfant au cours du camp – pour faire appel à un médecin et le faire admettre dans un hôpital ou une clinique, en le faisant transporter dans l'établissement le plus proche du lieu de l'accident. J'autorise également le directeur du camp ou à défaut la personne désignée par lui à reprendre l'enfant à sa sortie. Dans le cas où il me serait impossible d'être présent en temps utile, j'autorise le médecin ou le chirurgien à pratiquer toute intervention jugée indispensable, même sous anesthésie générale. Dans le cas où je déciderais que mon enfant soit rapatrié au plus proche de mon domicile, je m'engage à le faire sous mon entière responsabilité et de prendre en charge les frais de rapatriement qui ne seraient pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Je certifie avoir lu et être en accord avec le projet éducatif.

(Lu et approuvé)

(Date et signature du responsable légal)

.....

.....