

Eglise Réformée

Nantes - Loire Atlantique



## MINI CAMP VELO des Jeunes 13/17

Du samedi 10 au lundi 12 avril 2010  
A la Brise de Mer (St Michel-chef-chef)

**/// Dicekikitienkleguidon ? ///**

**Départ :** Samedi à 15h (au temple)

**Retour :** Lundi soir au même endroit vers 18h.

**Logement :** Nous serons logés dans la maison du Diaconat « La Brise de Mer » qui est située à St Michel-Chef-Chef.

(En cas d'urgence : Pasteur tél 06 60 43 40 89)

**Transport :** En voiture – nous cherchons quelques parents pour nous aider avec les trajets. Si vous pouvez effectuer l'un des trajets, merci de nous contacter.

**Apporter :** Sac de couchage chaud, vêtements chauds, kway ou coupe-vent, gants, affaires personnelles... Vélo, casque, gilet fluo. Bible, instrument de musique... et un gâteau pour le goûter.

**Participation :** 25 € (ou 20 € si + plusieurs enfants)

Merci de remplir et de nous renvoyer la fiche d'inscription jointe, avec votre chèque à l'ordre de ERNLA.

**Les animateurs :** Florence Moulinier, Yann de Putter, Marcelle Giraudeau, Caroline Schrupf, Frédéric Cherki.

## INSCRIPTION AU MINI-CAMP VELO 10/12 AVRIL 2010 ET AUTORISATION PARENTALE

(A envoyer au temple : 15 bis place Edouard Normand 44000 Nantes)

Je soussigné (Nom, Prénom).....  
autorise mon enfant (Nom, Prénom) .....  
à participer au mini-camp organisé par le groupe 13/17 de l'église réformée de  
Nantes LA, les 10, 11 et 12 avril 2010 à St Michel-Chef-Chef.

J'autorise mon enfant à participer à l'activité vélo, sous la responsabilité d'un  
adulte. **Oui - Non** (*Rayer la mention inutile*)

En cas d'urgence, j'autorise les responsables à faire pratiquer sur mon enfant  
les interventions médicales et chirurgicales jugées nécessaires par les  
médecins.

**Date et signature des parents :**

---

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin (si connu) : \_\_\_\_\_

Nom, prénom et N° de tél de la personne à joindre en cas d'urgence :  
\_\_\_\_\_

**Mon enfant est allergique :** **Oui – Non** (*Rayer la mention inutile*)

*Si oui merci d'indiquer la nature de l'allergie, et de joindre les médicaments nécessaires ainsi que l'ordonnance du médecin.*

**Mon enfant suit un traitement médical : Oui – Non**

*Si oui, merci de joindre les médicaments et l'ordonnance du médecin.*

**Autres remarques :**