

St-Germain en Laye, le 15 juillet 2025

**Séjour pédagogique et pastoral 2nde Pro
29/30 septembre 2025 – Mont St Michel**

Madame, Monsieur,

Pour bien démarrer les années lycée professionnelles, nous organisons un séjour pédagogique et pastoral avec les trois classes de 2nde Pro.

Les dates retenues sont les 29 et 30 septembre 2025

Accompagnés d'une partie de leurs professeurs et de membres de l'équipe pastorale, les objectifs de ce séjour sont les suivants :

- Découvrir un haut du patrimoine culturel français
- Faire la traversée de la baie en abordant les aspects écologiques et spirituels du lieu
- Développer la cohésion interclasse d'une promotion « vivre ensemble et partager une découverte »

Ce séjour s'articulera comme suit :

29 septembre 2025

- Départ à 7h30 du parking de la piscine de St-Germain en Laye
- Déjeuner pique-nique au bec d'Andaine (à apporter par les élèves)
- Traversée à pied de la baie avec des guides (3h30 environ)
<https://www.traverseespirituelle.com/>
- Visite du Mt St Michel
- Départ vers 18h30 pour le sanctuaire de Pontmain
- Dîner, veillée et hébergement <https://sanctuaire-pontmain.fr/hebergements/>

30 septembre 2025

- Activité de cohésion
- Pour les volontaires messe à 11h
- Déjeuner
- Départ vers 14h pour arrivée à St-Germain vers 18h00

Une participation de 170 euros sera demandée aux familles. Ce montant sera prélevé au moment de la facturation des frais de scolarité des mois d'avril et mai. En cas de difficultés merci de prendre contact via école directe avec Mme Davoine.

Vous trouverez ci-après l'autorisation de sortie et la fiche sanitaire de liaison que votre enfant devra remettre à son professeur principal la semaine de la rentrée.

Dans l'attente de ce beau moment, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de nos salutations les meilleures.

Audrey Vanhaeren
Directrice adjointe du lycée professionnel

Armelle Etienne
Adjointe en Pastorale

CLASSE :

NOM PRENOM DE L ELEVE :

SEJOUR PEDAGOGIQUE ET PASTORAL – 29 et 30 septembre 2025

***Document à remettre au plus tard le 10 septembre 2025 au professeur principal avec la fiche
sanitaire de liaison***

M. Mme

Parents ou Tuteurs de, élève en classe de.....

- Autorisent leur enfant à participer au séjour pédagogique et pastoral au Mt St-Michel
- Autorisent un membre de l'équipe pédagogique encadrante à faire hospitaliser leur enfant en cas d'urgence et à prendre toutes mesures nécessaires à son état de santé.

- Téléphone où vous pouvez être contactés pendant le temps du séjour :

Tel :

Fait à :

Le :

Signature :

NB : le règlement de l'établissement s'applique pendant les séjours scolaires.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON MONT ST MICHEL 29/30 SEPT 2025

Merci de remplir cette fiche, puis de la remettre au professeur principal pour le 10 septembre au plus tard. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et, le cas échéant, aux services médicaux.

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE
Etablissement :
Classe :
Séjour du : au :
Lieu du séjour :
Responsable :

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE
Nom de l'enfant :
Prénom :
Né(e) le :
à :
Garçon : <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Ville :
<i>Coordonnées téléphoniques du père</i>	<i>Coordonnées téléphoniques de la mère</i>
Domicile :	Domicile :
Mobile :	Mobile :
Travail :	Travail :
<i>Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)</i>	
.....	
.....	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE	
<i>L'élève suit-il un traitement médical ?</i>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)	
Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.	
<i>L'élève a-t-il des allergies ?</i>	Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Alimentaires : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Autres :
Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :	
.....	
.....	

ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE)

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 <u>Tétracoq</u>					
BCG					

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de **joindre un certificat médical de contre-indication**.
 Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ETAT DES MALADIES ENFANTINES

L'élève a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire <u>aigu</u>		
Angine					

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

*Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
 Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux...)*

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur : Téléphone :

Adresse :

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :