



**Ensemble Scolaire Privé  
Sainte Jeanne-Elisabeth**  
8, rue Maurice de la Sizeranne  
75007 PARIS  
Tél : 01 53 58 59 00 - Fax : 01 45 67 31 46

Paris, le 1<sup>er</sup> septembre 2016

Chers Parents,

Votre enfant a exprimé le désir de faire sa Profession de Foi. . Nous vous invitons à noter dès à présent les dates des rencontres, retraite ou autres manifestations obligatoires à cette préparation

→ **Réunion de parents : Mercredi 09 novembre 2016 à 20h**, à la Maison St François-Xavier (7 Place Pdt Mitouard 75007)

→ **Retraite obligatoire** à Villebon sur Yvette (les Pères Lazaristes), **les samedi 18 et dimanche 19 mars 2017**.

Nous retrouverons les jeunes pour le départ le **samedi à 8h45** au 39 Boulevard des Invalides (Aumônerie de SFX), le retour est prévu vers le **dimanche vers 18 heures**.

Vous voudrez bien compléter la fiche sanitaire d'urgence ci-jointe et nous la retourner **au plus vite**.

Votre enfant devra se munir :

- 1 pique-nique
- 1 duvet
- 1 taie d'oreiller carré
- 1 serviette pour la douche
- 1 trousse de toilette (brosse à dent, savon...)
- 1 pyjama et des chaussons
- Un imperméable ou équivalent
- 1 bible et de quoi écrire

→ **Préparation Liturgie** : Vendredi 24 mars 2017 de 17h30 à 18h30 à l'église St François-Xavier

→ **Messe de Profession de Foi** : Samedi 25 mars 2017 à 18h30 à l'église St François-Xavier

Nous vous remercions de bien vouloir confirmer rapidement l'engagement de votre enfant dans cette démarche sacramentelle, **en retournant le coupon ci-dessous au plus vite**, accompagné d'une participation financière de 105€ correspondant au week-end de retraite, aux frais de célébration (à l'ordre de SJE OGEC).

Soyez assurés, Chers Parents, de notre dévouement.

V.LEMAINAIS  
Adjointe en Pastorale Scolaire

✂.....  
**Préparation à la PROFESSION DE FOI – Coupon à remettre à Mme LEMAINAIS**

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

**Autorisation des Parents**  
Signature :

**Engagement du jeune à la préparation**  
Signature :



## FICHE SANITAIRE D'URGENCE Année 2016-2017

*(document remis au service d'urgence en cas d'accident)*

Nom ..... Prénom .....

Classe ..... Date de naissance .....

Nom et adresse du représentant légal .....  
*(Téléphone où vous êtes joignable pendant le séjour ou la sortie)*

N° de téléphone domicile : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone portable père : ...../...../...../...../.....

N° de téléphone portable mère : ...../...../...../...../.....

Autre : ...../...../...../...../.....

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise son responsable de groupe à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Cette personne pourra également sortir du service des urgences mon fils ou ma fille si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

Allergies connues (y compris alimentaire)

.....  
.....

Renseignements particuliers : .....

.....

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : .....  
*(Cette vaccination, pour être efficace, nécessite un rappel tous les 5 ans)*

Nom et adresse du médecin traitant : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

**En cas d'urgence, l'enfant est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie le plus rapidement possible par l'école.**

Date : .... / .... / 20.....      Signature :