



Chers Parents, chers élèves,

Comme vous le savez, l'ensemble des élèves de Seconde participera à un séjour d'intégration les 23 et 24 septembre 2026.

À cette occasion, nous aurons le plaisir de découvrir Saint-Malo et de traverser la baie du Mont-Saint-Michel à pied.

Ce séjour constitue un temps fort de la vie de la promotion. C'est un moment de cohésion et de partage qui rend nécessaire et obligatoire la présence de chacun.

PROGRAMME

Mercredi 23 septembre

6h00 : Rdv parking de la Faisanderie
12h30 : Arrivée à Saint Malo.
 Pique-nique, visite de St Malo, bénédiction de la promo et activités.
17h30 : Départ vers les lieux d'hébergement.
19h00 : Dîner.

Jeudi 24 septembre

9h15 : Traversée de la Baie commentée.
12h30 : Arrivée au Mont Saint-Michel
 Pique-nique et visite libre du Mont, de l'abbatiale et du cloître.
15h30 : Départ pour Fontainebleau, arrivée 21h30 au parking de la Faisanderie.



Participation des familles : 135 € par élève, prélevés selon le mode de règlement habituel.



Pique-nique à prévoir par vos soins pour le mercredi 23 septembre et petits encas pour la traversée.



Prévoir une tenue adaptée à la traversée (pieds nus) : bermuda, petit sac à dos, pull, petit blouson de pluie,

Nous nous réjouissons de vivre tous ensemble cette belle intégration de la promotion 2026.2029 sous le regard de Saint Michel.

Chrystelle Bréard
 Chef d'établissement de l'ICEF



Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Père, Mère de (nom prénom de l'élève) :

Classe :

Interne : ☐ Oui ☐ Non

Numéros de téléphones (joignables pendant le séjour) :

☐ Autorise (nt) notre enfant à participer au voyage d'intégration des secondes les 23 et 24 septembre 2026.

☐ En cas de maladie ou d'accident, nous autorisons le responsable du groupe ICEF à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.). Cette personne pourra faire sortir du service des urgences notre enfant si le médecin juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

Merci de nous signaler toute difficulté éventuelle de santé de votre enfant : allergies, fragilité, difficulté de mobilité, traitement en cours et leurs ordonnances, PAI :

→ Souhaite (nt) des repas particuliers :

☐ végétarien.

☐ repas particulier à cause d'allergies, si oui lesquelles :

☐ Nous avons pris connaissance que le voyage s'effectuait en car ainsi que de la participation financière de 135 €.

☐ Pour les internes : nous souhaitons un pique-nique pour le mercredi midi préparé par la restauration.

Nous nous réservons le droit de refuser l'inscription d'un enfant s'il présente des problèmes de santé incompatible avec le voyage ou pour des raisons disciplinaires.

☐ (élève) m'engage à respecter le règlement intérieur de l'ICEF pendant le séjour, notamment en ce qui concerne le respect des lieux, la discipline et la tenue vestimentaire (pas de jogging).

Ce document doit être impérativement rendu le jour de la rentrée au professeur principal avec l'attestation de la carte vitale et la fiche sanitaire de liaison, le tout agrafé ensemble.

Fait à : le :

Signatures des parents
Précédées de la mention « lu et approuvé »

Signature de l'élève
Précédée de la mention « lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :