

***Week-end à la Cotellerie***

***Samedi et Dimanche***

***4 -5 février 2023***

Chers parents,

Votre jeune participe régulièrement ou non aux soirées EPHATA collège ou Lycée ou prépare sa Confirmation.

Votre enfant vivra un week-end dans un monastère où il découvrira comment vivent les moines, partagera avec ses camarades des temps de jeux, de réflexion, de prière, d'enseignement …

**Prendre du temps pour Soi !**

**"Viens à Jésus si tu es fatigué et chargé. Il te donnera du repos"**

**(Mt 11, 28)**

Notre week-end approche et nous avons le plaisir de vous adresser ci-dessous les informations concernant les moyens de transports, les affaires à apporter dans un sac à dos.

***Nous voyagerons en Co-voiturage pour l'aller et le retour.***

***Heure de départ : 10h00 - parking du Collège/lycée Immaculée/Jean Paul II***

***Heure de retour : 16h00 – parking du Collège/lycée Immaculée/Jean Paul II (Si nous arrivons plus tôt vos enfants vous préviendrons)***

*Dans un sac à dos il devra avoir :*

*- 1 duvet + couverture polaire.*

*- Affaires de nuit (pyjamas, chaussettes, pull),*

*- Affaires de toilettes (lingettes de toilettes, brosse à dents, dentifrice, savon, brosse ou peigne à cheveux, serviette de toilette, etc.…).*

*- Tenue de rechange pour le dimanche (sous-vêtements, chaussettes, polo ou tee-shirt, pantalon ou short, pull),*

*- Vêtement de pluie en fonction du temps prévu (poncho, "k- way", blouson chaud pour le soir),*

*- De bonnes chaussures tel que tennis, basket, ou chaussures de marche sont parfaites.*

*- Papier et crayon.*

*Pour les repas :*

- Pique-Nique pour le repas de samedi midi

- Gourde d'eau remplie

**L'équipe Ephata**

Une image contenant herbe, extérieur, ciel, arbre

Description générée automatiquement

**AUTORISATION DE PARTICIPER AU WEEK-END A LA COTELLERIE**

Mr, Mme

Portable des parents :

Mail des parents :

Autorisent notre enfant à participer au week-end à la Cotellerie

Autorisent la personne responsable du groupe à faire effectuer les soins, analyses nécessaires et interventions chirurgicales sous anesthésie à la personne mineure désignée ci-dessus.

Date de Naissance

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui 🞏 Non 🞏

Allergie alimentaire : Oui 🞏 Non 🞏

Allergie médicamenteuse Oui 🞏 Non 🞏

Autre :

*Le ……./……./…….. Signature des parents*

*Contact : Armelle FELTZ au 06 34 12 44 09*