

AUTORISATIONS LEGALES

Je soussigné(e) madame, monsieur

père, mère, tuteur de (nom, prénom)

- **Autorise** mon enfant à participer aux rencontres d'aumônerie **OUI** **NON**

- **Autorise** mon enfant à rentrer seul après les rencontres d'aumônerie **OUI** **NON**

- **Autorise**, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au nom, les animateurs à fixer, reproduire, représenter les photographies de mon enfant durant les séances ou les sorties d'aumônerie, et à les utiliser dans le cadre de vie de la paroisse, du doyenné et du diocèse. **OUI** **NON**

- **Autorise** les responsables à prendre toute initiative médicale jugée nécessaire y compris l'hospitalisation. **OUI** **NON**

- Ai souscrit une assurance responsabilité civile **OUI** **NON** (*fournir une attestation*)

Signatures du père ET de la mère du jeune (ou un responsable légal le cas échéant) :

.....

Règlement de la cotisation annuelle de 30 € pour les frais d'aumônerie (50€ pour deux enfants d'une même fratrie).

En espèces ou par chèque à l'ordre de «GRANDIR ENSEMBLE» e s p è c e s chèque
(5€ reversés à l'Aumônerie de l'Enseignement Public du Doyenné Pays de Lérins)

Aumônerie de l'enseignement Public Doyenné Pays de Lérins

107 Bd Carnot — 06400 CANNES Adresse mail : jc.paysdelerins@gmail.com

Collèges 06.50.69.95.00 – Lycées 06.33.05.60.45 - Abbé Luc Denoyer : 06.66.26.04.36



Fiche d'inscription 2020-2021

A remplir en MAJUSCULES

Photo

Prénom : **Nom :**

Né(e) le : **à** **Adresse :**

..... **Code Postal :**

..... **Ville :**

Adresse Mail : @

Mon Portable personnel :

Etablissement fréquenté : **Classe :**

Aumônerie : Pégomas Cannes La Bocca Le Cannet Mandelieu

GRUPE : 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème} Lycéens

Ma vie Chrétienne : Baptisé Première communion Confirmation

Cette année, je prépare : mon baptême ma première communion ma confirmation

MERE **Nom :** **Prénom :**

Adresse :

N° de téléphone : **Adresse mail :** @

PERE **Nom :** **Prénom :**

Adresse si différente :

N° de téléphone : **Adresse mail :** @

FRERE(s) et SŒUR(s) : Prénoms et âges :

.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON [] FILLE []

DATES ET LIEU DE SEJOUR : Année Scolaire 2019 - 2020

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDES, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG and Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant leséjour ? oui [] non []

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBEOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE. Each cell contains 'OUI' and 'NON' checkboxes. A second row includes COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui [] non [] ALIMENTAIRES oui [] non [] MEDICAMENTEUSES oui [] non [] AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui [] non [] parfois []

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES , ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui [] non []

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

AUMÔNERIE DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC - DOYENNE PAYS DE LERINS 107, bd Carnot - 06400 CANNES jc.paysdelerins@gmail.com

OBSERVATIONS