

NOM et prénom de l'enfant : Date de naissance :/...../..... Classe : Etablissement : Tél. portable : E-mail (en majuscule et lisible) : Baptême : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date :/...../..... Ville : À l'église : Diocèse : Certificat : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 1^{ère} communion : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date :/...../..... Ville : À l'église : Diocèse : Confirmation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date :/...../..... Ville : À l'église : Diocèse :	PHOTO OBLIGATOIRE
--	----------------------

Père / Tuteur	Mère / Tutrice
Nom et prénom : Adresse : Tél. Dom : 0../...../...../...../..... Tél. Port. : 0../...../...../...../..... E-mail : Situation familiale : Profession :	Nom et prénom : Adresse : Tél. Dom : 0../...../...../...../..... Tél. Port. : 0../...../...../...../..... E-mail : Situation familiale : Profession :

Personne à contacter en cas d'impossibilité de joindre les parents :

Nom : Numéro de téléphone : 0../...../...../...../.....

AUTORISATIONS PARENTALES
<ul style="list-style-type: none"> • J'autorise mon enfant à quitter seul l'aumônerie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • J'autorise mon enfant à participer aux sorties de l'aumônerie durant l'année : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • J'autorise l'aumônerie à diffuser les photos prises au cours des activités à des fins non publicitaires (Brochures, panneau d'affichage, site internet paroisse ou 4H...) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Cotisation annuelle : 70 euros - par chèque ou en liquide (ordre « Saint Antoine des XV-XX)

Banque : Date : Numéro de chèque :

En application du RGPD : « Je reconnais que les données à caractère personnel transmises à l'association pourront faire l'objet d'un archivage pendant 5 ans maximum et d'une utilisation pour les seuls besoins de l'accueil de mon enfant au sein de l'association et du suivi de l'encaissement des règlements des prestations. »

Je soussigné(e),, inscris mon fils / ma fille à

l'aumônerie des jeunes pour l'année scolaire 2020/2021.

A Paris, le

Signature



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance

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

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES