



Aumônerie Notre Dame de la route

4 rue Gaston Jouillerat

78410 Aubergenville

E-Mail : aumonerie.notredamedelaroute@gmail.com

Dossier d'inscription Année 20__ / 20__

Coller la photo de
votre enfants

LE JEUNE :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Scolarisé à : Classe : As-tu un talent (musique, chant...etc):.....

E-mail du jeune: Portable jeune :.....

S'inscrit à l'Aumônerie Notre Dame de la route et s'engage à participer régulièrement aux rencontres, aux messes et aux temps forts qui lui sont proposés
SIGNATURE DU JEUNE :

LES PARENTS :

Père

Mère

NOM :

Prénom :

Tél. Domicile /portable :

Si les 2 parents doivent être informés, cochez la case sinon qui prévenir en priorité :

Responsable légal : Nom, Prénom

Adresse :

E-mail : tel:

Je recevrai le courrier par Email, je m'engage à le lire et à y répondre ; je serai abonné automatiquement et recevrai une notification par mail dès qu'un article paraîtra sur le blog de l'aumônerie.

je désire recevoir les informations par courriers postal oui non

Les parents s'engagent à accompagner leur jeune sur les chemins de la foi en les aidant à participer régulièrement aux rencontres, aux messes et aux temps forts qui lui sont proposés.

Renseignements pratiques indispensables

☞ **Personne à contacter en cas d'urgence dans la journée si différente des parents :**

NOM : **Prénom :**

Téléphone :**portable :**

☞ Le jeune est-il autorisé à partir seul de l'aumônerie :

OUI

NON. Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie de l'aumônerie:

.....

.....

☞ J'autorise mon jeune à être pris en photo (photos susceptibles d'être mises sur le site de l'aumônerie)

OUI

NON

Nous vous informons que :

Les parents doivent prévenir les animateurs d'équipe en cas d'absence.

L'aumônerie est responsable des jeunes pendant le temps des rencontres ou de temps forts mais dégage sa responsabilité si le jeune arrive en retard ou part avant la fin des réunions.

Tourner la page

Autorisation de participation aux sorties dans le cadre de l'aumônerie :

Pour tous déplacements, réunions, temps forts,

Je soussigné (e), NOM..... Prénom..... ,

autorise mon enfant à participer aux activités, sorties et déplacements organisés par l'aumônerie dans le cadre de son activité quotidienne.

Et autorise le responsable ou les animateurs à transporter mon enfant dans son véhicule personnel ou dans le car loué pour la sortie, et à prendre toutes les dispositions médicales si nécessaire.

Fait à le

Signature

Attestation d'assurance « Responsabilité Civile » :

Je soussigné (e), certifie être assuré en « Responsabilité Civile » pour mon enfant.....

N° et Compagnie :.....

Fait à le

Signature

Autres activités du jeune dans la paroisse :

Le jeune se prépare : (entourer la/les mentions choisies)

- Au baptême
- A la première communion
- A la profession de foi
- A la confirmation

Date de baptême : Lieux de Baptême :

Date de communion : Lieux de communion :

Date de profession de foi:..... Lieux de profession de foi:.....

COTISATION : 40 euros par jeune pour l'année

(35 euros pour le 2^{ème} enfant de la même famille et 30 euros pour le 3^{ème})

En cas de difficultés financières contacter la responsable.

Chèque à l'ordre de l' « Aumônerie Notre Dame de la route ».

Nous avons souvent besoin d'aide ! merci de vous proposer

Je suis prêt(e) à aider ponctuellement: OUI NON

Je suis prêt(e) à co-animer un groupe: OUI NON

Je suis prêt(e) à devenir membre du bureau de l'association (président ou trésorier ou secrétaire): OUI NON

Je suis prêt(e) à animer un groupe de prière: OUI NON

Je suis prête à accompagner les jeunes à une sortie: OUI NON



<h2 style="text-align: center;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BGG					

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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 :

.....

**Autorisation d'utilisation
d'images et interview.**

Je soussigné, M, Mme _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. _____

Mail _____

Autorise à titre gracieux la paroisse _____
à utiliser tout ou partie des sons et des images prises lors des événements organisés
par la paroisse ou l'association diocésaine de Versailles où figure l'enfant dont je suis
le tuteur légal :

Nom et prénom de l'enfant : _____

à fin de produire des articles avec images qui pourraient être sur les différents
supports et réseaux de communication matériels ou en tous formats et nombre
d'exemplaires, diffusés en tous lieux publics ou privés, à titre gratuit ou onéreux, pour
une durée illimitée et pour le monde entier.

(ajouter la mention « bon pour autorisation, lu et approuvé »)

A _____ le _____

Signature :

**Autorisation d'utilisation
d'images et interview.**

Je soussigné, M, Mme _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Tél. _____

Mail _____

Autorise à titre gracieux la
paroisse _____
à utiliser tout ou partie des sons et des images prises lors des événements organisés
par la paroisse ou l'association diocésaine de Versailles où figure l'enfant dont je suis
le tuteur légal :

Nom et prénom de l'enfant : _____

à fin de produire des articles avec images qui pourraient être sur les différents
supports et réseaux de communication matériels ou en tous formats et nombre
d'exemplaires, diffusés en tous lieux publics ou privés, à titre gratuit ou onéreux, pour
une durée illimitée et pour le monde entier.

(ajouter la mention « bon pour autorisation, lu et approuvé »)

A _____ le _____

Signature :