



Remise du dossier **complet** au référent au plus tard le 1er avril 2024
 (fiche d'inscription + documents sanitaires et règlement+ autorisation parentale)

IDENTITÉ DU JEUNE :

Nom et prénom : PAROISSE :

Sexe : F G

Groupe d'origine : Établissement catholique – AEP – SGDF – SG d'Europe – MEJ – MRJC -
 Autres :

Nom du groupe/Collège :

Classe : 5ème 4ème 3ème

Nom et prénom de l'animateur référent pour l'inscription :

Mail de l'animateur : :

PERSONNES EXERCANT L'AUTORITÉ PARENTALE :

Nom et prénom (donner les noms et prénoms des deux parents en cas d'exercice conjoint de l'autorité Parentale) :

Adresse postale:

Téléphone : Courriel :@.....

En cas de séparation des parents :

Nom et prénom de l'autre parent :

Adresse postale :

Téléphone :

Courriel : @

Chez quel parent l'enfant aura -t-il sa résidence :

-lors du premier jour du rassemblement ?

-lors du dernier jour du rassemblement

TRANSPORT HORS AMIENS : (case à cocher)

- J'emmène et ramène mon enfant par mes propres moyens à Fort Manoir (Boves - 80)
- Je suis intéressé(e) par le transport en commun organisé par le diocèse.

SWEAT SHIRT

en souvenir, je commande un SWEAT-SHIRT : oui non **AVANT LE 31 MARS 2024**

OUI taille : S M L XL 2XL 3XL 4XL

Joindre un chèque de 25€ à l'ordre de l'association diocésaine SWEAT-SHIRT FM24

DOCUMENTS À FOURNIR

- Fiche sanitaire à compléter
- Photocopies des vaccinations
- Autorisations parentales

PAIEMENT

- Je règle ma participation de 35€
- Je peux aider un jeune à participer et verse la somme de :

A noter : le coût réel du rassemblement est de 120 euros par jeune. (pour un reçu fiscal de don : nous contacter).

- Je commande Sweat-shirt(s) : je règle la somme dex25€ =€
- Je fais chèque(s) à l'ordre de Association diocésaine Fort Manoir 2024
(j'indique au dos le nom prénom du jeune et l'objet : l'inscription, le sweat ou l'inscription+le sweat-shirt)

Je renvoie mon inscription à Sophie COLLET 2 rue Fanchon 80390 NIBAS

AUTORISATIONS PARENTALES COLLÉGIENS



Je soussigné(e) Mme/M. _____

autorise (nom jeune + lien de parenté) _____

à

- participer au rassemblement Fort Manoir 2024 organisé par le diocèse d'Amiens du 9 mai au 11 mai 2024 à Boves (80).
- Être transporté en car, en voiture, à l'aller, au retour et pendant le rassemblement, si .besoin.
- J'autorise le responsable de de l'événement à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur.

DROIT A L'IMAGE.

Je soussigné(e)Mme/M _____ autorise/ n'autorise pas l'association diocésaine d'Amiens à publier sur leur site internet ou tous autres supports la photo de (nom jeune + lien de parenté) _____ qui serait susceptible d'y paraître.

Signatures :

Fait à _____

Le _____

Signature du Père et de la Mère (ou du tuteur le cas échéant)

Mère

Père

tuteur légal



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 :