



Inscription au plus tard le 31 mars 2024  
(+ 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/Lycée : .....

Classe :  2nde  1ère  Terminale  Autre : .....

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

**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

## **SERVICE**

Je m'engage à venir du 8 au 11 mai pour participer à l'animation des petites équipes de collégiens et/ou à l'animation des temps libres.

Signature du jeune

## **PAIEMENT**

Je règle ma participation de 10€

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 de .....x25€ = . ....€

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)

## **DOCUMENTS À FOURNIR**

Fiche sanitaire à compléter

Photocopies des vaccinations

Autorisations parentales

Je renvoie mon inscription à Anne-Marie Leyronnas 8, rue Guy de Segonzac 80160 CONTY

# AUTORISATIONS PARENTALES

## LYCÉENS



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 **8 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 :