

INSCRIPTION pour l'année 2024/2025

6^{ème}/5^{ème}

Merci de joindre un chèque de 40€ pour la participation aux frais
(60€ pour deux enfants à l'ordre de « Paroisse Notre Dame de la Visitation »)

Ton nom :	Ton prénom :
Ta date de naissance :	
Ton collège :	
Ta classe :	
Ton tél. portable :	
Tu as été baptisé (e) : oui / non	Date et lieu :
Tu as fait ta première communion : oui / non	
Tu as fait ta profession de foi : oui / non	
Tu as été confirmé(e) : oui / non	Extrait d'acte de baptême pour les 3 ^{ème}

Nom et Prénom de la mère :

Adresse :

Portable :

Email :

Nom et Prénom du père :

Adresse :

.....

Portable :

Email :

« Sachant que les données contenues dans ce formulaire ne seront jamais vendues ou données à d'autres organismes :

J'autorise l'Association diocésaine d'Albi, la paroisse à collecter et utiliser mes données personnelles pour me transmettre des informations relatives aux activités pastorales, paroissiales, diocésaines et d'appel aux dons. Les données seront conservées durant le temps que je serai en contact régulier avec l'Église catholique.

Je n'autorise pas l'Association diocésaine d'Albi, la paroisse à collecter et utiliser mes données personnelles.

Fait à....., le.....

Signature

AUTORISATION PARENTALE

6^{ème}/5^{ème}

Année scolaire 2024/2025

Je soussigné(e) :

en qualité de père, mère, tuteur (*)

Adresse :

Tél : Mail :

N° de la carte Vitale de l'assuré :

autorise

➤ **ma fille, mon fils** (prénom, nom)

né(e) le :

> à participer aux différentes activités ordinaires de l'aumônerie durant l'année en cours.

> à rentrer à la maison seul(e)(*), en vélo (*) suite aux activités de l'aumônerie

(Les animateurs sont responsables de votre enfant uniquement pendant les temps d'aumônerie prévus)

➤ **le responsable de l'aumônerie**, l'animateur ou l'animatrice de l'équipe à faire pratiquer, en cas d'urgence, tout acte médical ou chirurgical que son état nécessiterait, après avis médical, pendant les activités de l'aumônerie.

➤ **le responsable de l'aumônerie**, l'animateur ou l'animatrice de l'équipe, après avis médical, à sortir mon enfant des urgences.

Merci de préciser par ailleurs tous les éléments médicaux essentiels suivants :

ALLERGIES : Asthme : oui non(*) Médicamenteuses : oui non(*)

Alimentaires : oui non(*) Autres :

Si oui lesquelles :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

MALADIES CHRONIQUES ou TRAITEMENTS EN COURS :

➤ **Les membres de l'équipe d'animation, ou un autre parent à assurer le transport en voiture de mon enfant.**

➤ Par ailleurs, j'autorise- je n'autorise-(*) pas, la diffusion de photos, vidéos ou de tout autre document sur lequel pourrait figurer mon fils ou ma fille dans le cadre des activités de l'aumônerie.

(*) *Rayer la ou les mentions inutiles*

Fait le :

à

Ecrire à la main « lu et approuvé »

Signature des parents, du tuteur :