

# Fiche d'inscription



aumônerie catholique des jeunes,  
Saint Armel et Saint Léonard des Rives de la Seiche  
presbytère, 18, place du Chanoine Roullin, 35170 BRUZ,  
02.99.52.58.88 ou 07.81.60.68.55, aumonerie.doyennebruz@gmail.com

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

né le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

adresse : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ commune : \_\_\_\_\_

mail : \_\_\_\_\_

téléhone (fixe et/ou mobile) : \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

scolarisé à (nom de l'établissement et commune): \_\_\_\_\_

date et lieu de baptême :

de 1ère communion :

de confirmation :

Je soussigné, Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ inscrit  
mon enfant \_\_\_\_\_ à l'aumônerie catholique "Holy Up" pour  
l'année scolaire \_\_\_\_\_. Je coche l'option choisie pour mon enfant !

**6<sup>èmes</sup>** DISCIPLE et/ou si mon enfant est déjà engagé dans une autre activité catholique  Profession de Foi

**5.4<sup>èmes</sup>** FRERE

**3<sup>èmes</sup>** APOTRE et/ou si mon enfant est déjà engagé dans une autre activité catholique  Confirmation

**2<sup>ndes</sup> 1<sup>ères</sup> Tales** Serviteur

Autre activité catholique dans laquelle mon enfant est engagé : \_\_\_\_\_

Noms des amis et de l'animateur avec qui votre enfant souhaiterait vivre cette année : \_\_\_\_\_

**le montant de l'inscription est de 150 € ,  
payable en plusieurs fois, ce tarif comprend la prise en charge complète de l'année, y  
compris les week-end et les déplacements, aucun autre frais ne vous sera demandé.  
Chèque à l'ordre de : AD aumônerie doyenné Bruz**

# FICHE SANITAIRE de liaison de

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

garçon

fille

**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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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

## 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 AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<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.**)

## - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

## - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Nombres de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## autorisation parentale

je m'engage à tout faire pour que mon enfant participe aux activités qui lui sont proposées dans le cadre de l'aumônerie durant toute cette année.

j'autorise les prises de vues de mon enfant lors des activités et leur diffusion au niveau paroissial et diocésain

## AUTRES REMARQUES