



15, Rue Général Tordo  
06690 TOURRETTE-LEVENS

Mail : [aumonerietl@gmail.com](mailto:aumonerietl@gmail.com)  
Tel : Isabelle 06 77 05 18 61

## FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025



NOM  Prénom

Date de naissance :  /  /  Lieu de naissance :

Adresse

Code Postal  Ville

Email jeune  Tel jeune

Etablissement fréquenté :  Classe

Ma vie chrétienne Je suis baptisé(e)  1ère communion  Profession de Foi  Confirmation   
(nouveau fournir l'acte)

Date  /  /

Cette année je prépare : baptême  1ère communion  Profession de Foi  Confirmation   
(2 années de préparation) (2 années de préparation)

### INFORMATIONS PARENTS

#### MERE

#### PERE

Prénom

Prénom

NOM

NOM

Tel

Tel

Email

Email

Adresse (si différente de l'enfant)

Ville :

Frères et sœurs (Prénoms, âges)

Je soussigné(e) madame, monsieur

### AUTORISATIONS LEGALES

Père, mère de l'enfant (prénom, nom)

- Autorise mon enfant : - à participer aux rencontres d'aumônerie OUI  NON

- Autorise les animateurs, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au nom, à fixer, reproduire, représenter les photographies de mon enfant durant les séances ou les sorties d'aumônerie, et à les utiliser dans le cadre de vie de la paroisse, du doyenné et du diocèse. OUI  NON

- Autorise les responsables à prendre toute initiative médicale jugée nécessaire y compris l'hospitalisation OUI  NON

- Ai souscrit une assurance responsabilité civile OUI  NON  (fournir une attestation)

Signatures du père

ET de la mère du jeune

(ou un responsable légal le cas échéant) :

Règlement de la cotisation annuelle de 25 € pour les frais d'aumônerie (38€ pour deux enfants, 50€ pour trois enfants).

e s p è c e s

chèque  (à l'ordre de AEP TOURRETTE-LEVENS)

**1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT A L'AUMONERIE

**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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?** RUBÉOLE : OUI  NON  VARICELLE : OUI  NON

ANGINE : OUI  NON  SCARLATINE : OUI  NON  OTITE : OUI  NON  RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU : OUI  NON   
 COQUELUCHE : OUI  NON  ROUGEOLE OUI  NON  OREILLONS OUI  NON

**ALLERGIES:** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (pas d'automédication sans autorisation)**

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

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... TROUBLES DYS ? TDHA ? ....)**

.....  
 .....

**5 - RESPONSABLE DEL'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

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

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.*

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**6- ORGANISATEUR**

AUMONERIE D'ENSEIGNEMENT PUBLIC  
 COLLEGE RENE CASSIN  
 15, Rue Général Tordo

06690 TOURRETTE-LEVENS