



# AUMÔNERIE

PAROISSE Saint Nicolas des Champs (3e)

Photo

## INSCRIPTION 2017 - 2018

### Classe :

- Collégien - Classe : .....  
 Lycéens - Classe : .....  
 Participation 50€ reçue en  chèque  en espèces  à verser

### ETAT CIVIL

Nom : ..... Prénom : .....  
 Garçon  Fille Né(e) le : ...../...../.....  
Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

### COORDONNEES

Nom : .....  Parents  Père  Mère  Tuteur

Adresse : .....  
.....

Tél. domicile : .....

Portable père : ..... Portable mère : .....

Mail père : ..... Mail mère : .....

#### Situation familiale des parents :

Mariés  séparés  divorcés  célibataires

Frères et sœurs : noms et âges : .....  
.....

### SACREMENTS

- Baptême :  oui  non

Si oui, date : ..... Paroisse : ..... Certificat de Baptême apporté : oui  non

Si non, désire le baptême, oui  non

- Sacrement du pardon : oui  non

- Première Communion : oui  non  Si oui, date : ..... Paroisse : .....

- Confirmation : oui  non  Si oui, date : ..... Paroisse : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES (si nécessaire)

Mr/Mme .....

Autorise  N'autorise pas  son enfant .....

❖ **A rentrer seul**

Si oui, après l'aumônerie à 20h

Si non, les personnes autorisées à prendre mon enfant à la sortie sont :

Prénom	Nom	Téléphone	Lien avec l'enfant

❖ **A participer aux activités externes** (visites, pèlerinages, retraites...) organisés par la paroisse dans le cadre de l'aumônerie.

oui  non

## DROIT A L'IMAGE

Autorise  N'autorise pas

**A titre gracieux, l'utilisation de l'image de mon enfant** dans le cadre des activités paroissiales.

La paroisse pourra reproduire cette image sur tous les supports cités ci-dessous :

- Site Internet de la paroisse
- Tracts et brochures imprimés, Affiches

Une photographie constituant une donnée à caractère personnel, j'ai été informé(e) des droits dont je dispose, à tout moment, afin de vérifier l'usage qui est fait de cette image et d'en demander le retrait de toute publication ou diffusion.

## SOINS MEDICAUX

Autorise  N'autorise pas

❖ **En cas de soins médicaux, tout médecin**, à faire pratiquer, en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu nécessaire pour l'état de santé de l'enfant.

Représentants légaux de l'enfant : .....

Fait à ..... le.....

[Signature des deux responsables légaux]

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)