



AUMÔNERIE

Paroisse Saint-Nicolas-des-Champs (3^e)

Photo

INSCRIPTION 2019 – 2020

ÉTAT CIVIL

Nom :

Garçon Fille

Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Classe :

Établissement scolaire :

Collégien – 6^e 5^e – Vendredi 18^h30-20^h – Participation : 50 €

Collégien – 4^e 3^e – Dimanche 18^h30-20^h (1 fois par mois) – Participation : 20 €

Participation reçue en chèque espèces à verser

COORDONNÉES

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)

M./Mme

Autorise N'autorise pas son enfant à 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

Autorise N'autorise pas son enfant à participer aux activités externes (visites, pèlerinages, retraites...) organisés par la paroisse dans le cadre de l'aumônerie.

DROIT A L'IMAGE

Autorise N'autorise pas à 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 : 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.

Si votre enfant a une **allergie alimentaire**, veuillez le signaler :

Fait à le.....

[Signature de tous les responsables légaux]

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cochez les cases si vous refusez que l'Association Diocésaine de Paris utilise vos coordonnées dans le cadre du suivi administratif :

- des activités paroissiales,
- des activités diocésaines,
- de la préparation aux sacrements,
- de la collecte de dons y compris le Denier de l'Église.

Ces données ne sont pas partagées avec des organismes extérieurs.

Conformément à la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée le 20 juin 2018 et au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, la personne signataire de ce document bénéficie d'un droit d'accès, de rectification de ses données, d'un droit d'opposition et de limitation à un traitement, d'un droit à l'oubli et à la portabilité des informations qui la concernent. La personne signataire peut exercer ces droits en s'adressant à la paroisse xxx ou à ADP – DPO - 10 rue du Cloître Notre-Dame 75004 Paris ou à dpo@diocese-paris.net, en joignant une photocopie de votre pièce d'identité. Pour en savoir plus veuillez consulter notre politique de protection des données : www.paris.catholique.fr/-mentions-legales-.html