



## Aumônerie Catholique de l'Enseignement Public

PHOTO

RENSEIGNEMENTS JEUNE	
<b>NOM :</b> .....	<b>Prénom :</b> .....
<b>Né(e) le :</b> ..... à .....	
<b>Nationalité :</b> .....	
<b>LYCEE :</b> .....	<b>CLASSE :</b> .....
<b>Adresse du Jeune :</b> .....	
.....	
<b>Code postal :</b> .....	<b>Ville :</b> .....
<b>Tel fixe :</b> .....	<b>Tel Portable Jeune :</b> .....
<b>Adresse E-mail du Jeune :</b> .....	
<b>SITUATION RELIGIEUSE :</b>	
Le Jeune est baptisé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Le Jeune demande-t-il cette année un Sacrement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> LEQUEL .....



### PARENTS et FAMILLE

MERE	PERE
<b>NOM et Prénom</b>	<b>NOM et Prénom</b>
<b>Profession</b>	<b>Profession</b>
<b>Téléphone</b>	<b>Téléphone</b>
<b>E-mail de la Mère</b>	<b>E-mail du Père</b>
<b>Adresse si différente du Jeune</b>	<b>Adresse si différente du Jeune</b>
<b>Situation des Parents entourer la mention</b> mariés - union libre - séparés - divorcés - veuf/veuve - autre préciser .....	
<b>Frères et Sœurs :</b>	
NOM .....	PRENOM..... AGE..... ECOLE.....
NOM .....	PRENOM..... AGE..... ECOLE.....
NOM .....	PRENOM..... AGE..... ECOLE.....

**En t'inscrivant à l'Aumônerie, TU T'ENGAGES A :**

- Venir à toutes les rencontres,
- Si tu ne peux pas venir, tu préviens tes Animateurs ou tes Responsables,
- Etre présent à TOUTES les propositions qui te sont faites.

Dans le cadre des activités menées par l'aumônerie des Lycées de Saint Laurent du Var faisant partie de la Paroisse Saint Joseph, les Jeunes pourront être photographié afin de donner matière à illustrer, des panneaux, des diaporamas, le journal de la Paroisse, des affiches internes, ....

J'autorise mon enfant à être photographié OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'aumônerie de Saint Laurent du Var (animation maison de retraite, soirée louange, distribution de repas...).

OUI  NON

Dans le cadre de ces déplacements, j'autorise mon enfant à être transporté dans le véhicule des animateurs ou responsables.

OUI  NON

J'autorise les animateurs et/ou responsables de l'aumônerie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

OUI  NON

Signature du Jeune

ET

d'un des Parents



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche destinée au Responsable de l'Aumônerie résume les renseignements concernant la santé de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1. ENFANT :** NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE : M / F

Date de naissance : ...../...../.....

Numéro de sécurité sociale

Nom de l'assuré

--	--

**2. VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

DESCRIPTIF	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie+Tétanos+Coqueluche+Poli o	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> Tetravax	
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio <input type="checkbox"/> Revaxis	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax	
Ou Polio seul	<input type="checkbox"/> Imovax polio	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Monovax .....	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engérix <input type="checkbox"/> Genhevax <input type="checkbox"/> HBVax .....	
Rougeole-oreillons-rubéole	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Priorix	

Vaccins obligatoires : diphtérie, tétanos, polio. Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de préciser pourquoi :

.....

**3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :**

**Problèmes de santé passés** (Maladie, accidents, hospitalisations, opérations .....):

Descriptif	Dates

**Problèmes de santé actuels :**

Doit-il suivre un traitement et lequel ?

A-t-il des allergies et à quoi ?

**4. RECOMMANDATIONS DIVERSES :** (Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc...)

**5. RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

Nom et prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'aumônerie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... / ..... / .....

Signature(s) :

**6- AUTRES RECOMMANDATIONS EN VUE DU CAMP DU**

**AU**

Date : ..... / ..... / .....

Signature(s) :

Date : ..... / ..... / .....

Signature(s) :

**Observations à l'intention des responsables de l'enfant :**

Le médecin :

(En cas de maladie ou d'accident, merci au médecin qui a examiné l'enfant de préciser ici ses conclusions ainsi que ses coordonnées)



Aumônerie de Saint Laurent du Var

Autorisation de transport 2024-2025

À l'occasion des déplacements de l'aumônerie de Saint Laurent du Var.

Je soussigné(e) (nom, prénom) .....

(adresse et téléphone) .....

.....

.....

Représentant légal de : (nom, prénom).....

autorise l'aumônerie à organiser le transport de celui-ci par l'animateur ou des parents bénévoles.

n'autorise pas l'aumônerie à organiser le transport de celui-ci par l'animateur ou des parents bénévoles.

Fait à.....

Le.....

Signature du représentant légal, précédée de la mention « lu et approuvé ».