



AUTORISATIONS PARENTALES ROUTE DES LYCÉENS
JMJ diocésaines « Lève-Toi ! » les 20-21 novembre 2021
(les 3 pages sont à compléter obligatoirement)

Inscris-toi au plus vite !

INSCRIPTION AU SEIN DE : *(cocher et nommer le groupe dans lequel votre enfant s'inscrit)*

- ☐ **AEP (Aumônerie de l'Enseignement Public) :**
- ☐ **Établissement d'Enseignement Privé :**
- ☐ **Groupe Paroissial :**
- ☐ **Autre :**

Je soussigné(e), :

(nom et prénom du représentant légal)

Demeurant à (adresse complète) :

Adresse mail :

Numéros de téléphone où je peux être joint :

agissant en qualité de : père, mère ou tuteur *(rayer les mentions inutiles)*

Représentant légal de l'enfant mineur :

(nom et prénom de l'enfant)

Né(e) le (date et lieu de naissance) :

Demeurant à (adresse complète) :

Adresse mail du jeune :

Numéro de portable du jeune :

Établissement scolaire :

En classe de : :

N° de sécurité sociale : :

(ou couverture sociale autre)

Mon enfant souhaiterait partager sa chambre avec (indiquer 2 noms)

.....

Mon enfant est musicien/joue un instrument (préciser lequel) :

Mon enfant est servant d'autel :

Personne à contacter en cas d'urgence (nom et tél) :

Autorise mon enfant à participer au JMJ diocésaines « Lève-Toi » sur la route des lycéens du 20-21 novembre 2021.

écrire : « lu et approuvé »

date :

signature :

TSVP



NOM : Prénom :

en tant que représentant légal de l'enfant :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

- **J'autorise l'enfant à effectuer tous trajets nécessaires pendant toute la durée des JMJ diocésaines « Lève-Toi »**, par les différents moyens de transport proposés et requis pour l'évènement (à pied, transports privés des adultes accompagnateurs ou familles d'accueil, train, bus, car ou navette affrétés par l'organisateur...).
- **J'autorise l'enfant à dormir dans une famille d'accueil** désignée par les organisateurs de l'évènement, la nuit du 20-21 novembre 2021.
- Je déclare disposer d'une **responsabilité civile familiale qui couvre l'enfant**, auprès de :

Nom de la compagnie d'assurance : N° du contrat :

- Je m'engage à ce que l'enfant ait sur lui sa carte de sécurité sociale (ou couverture sociale) ainsi que sa pièce d'identité pendant toute la durée des JMJ diocésaines « Lève-Toi ».
- **J'autorise la prise de photos** pendant le week-end qui pourront être utilisées sur le site du diocèse ou ses réseaux sociaux.
- J'accepte que les données collectées dans ce formulaire fassent l'objet d'un traitement dans le cadre de l'organisation des JMJ diocésaines « Lève-Toi » (pour obtenir le détail des mentions légales : lèvetoi@catholique78.fr).
- J'atteste avoir pris connaissance des informations gouvernementales relatives aux risques sanitaires liés à la circulation du virus du COVID 19 (propagation de l'épidémie) et à la possibilité d'avoir recours à la vaccination, à un certificat de rétablissement, à des tests RT PCR ou antigénique fait moins de 72 heures avant le début des JMJ diocésaines « Lève-toi ».
- J'atteste que mon enfant dispose de l'un des justificatifs précités intégré dans un pass sanitaire valide et m'engage à ce qu'il présente ce pass sanitaire sur demande en cas de contrôle.
- J'atteste, par ailleurs, m'assurer que mon enfant ne sera pas « cas contact » d'une personne porteuse du virus du COVID 19, étant précisé que toute personne cas contact (disposant d'un test RT-PCR négatif ou positif) doit respecter les prescriptions d'isolement préconisées par le ministère de la Santé et que, le cas échéant, il ne se rendra pas aux JMJ diocésaines « Lève-toi ».

écrire : « lu et approuvé »

date :

signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....

.....

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :