

**INSCRIPTION ACTIVITES POUR LES MINEURS
2024 - 2025**

PATRONAGE DE NOTRE DAME DU TRAVAIL

Photo récente

INFORMATIONS ENFANT	
NOM de famille :	Prénom de l'enfant (F/G) :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	
Établissement scolaire :	
Autorisé à arriver seul : OUI - NON* (rayer la mention inutile)	
* si non, inscrit son enfant au ramassage scolaire : OUI - NON* (rayer la mention inutile)	
Nom et adresse de l'école : <input type="checkbox"/> école rue de l'Ouest <input type="checkbox"/> école Ste Elisabeth	
Heure de sortie :	
Classe et nom de la maitresse :	
Autorisé à rentrer seul : OUI - NON* (rayer la mention inutile)	
* si non : Nom et numéro de téléphone de la personne autorisée à venir le chercher au patronage :	

PÈRE	
Nom de naissance :	Prénom :
Tel fixe :	Tel portable :
Adresse mail :	
Activité professionnelle :	
MÈRE	
Nom de naissance :	Prénom :
Tel fixe :	Tel portable :
Adresse mail :	
Activité professionnelle :	
En cas de séparation, les informations doivent être adressées :	
À la maman - au papa - aux deux (rayer les mentions inutiles)	

Suite au dos =>

OPTIONS				
Patro simple(16h-19h) 50€ par enfant, 25€ à partir du 3 ^{ème} enfant	Mon enfant est susceptible d'arriver plutôt à :h		Mon enfant est susceptible de partir plutôt à :h	
Option aide aux devoirs (45min min.) + 50€ par enfant	Classe :	Privilégier :		
		Les leçons	Les devoirs	La lecture
	Je suis à la recherche d'un soutien dans une matière :			
Option préparation aux sacrements + Gratuit	Baptême	Première communion		Confirmation
	Oui - Non	Oui - Non		Oui - Non

RÈGLEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION - payables en 3 fois		
Je souhaite payer en bon CAF	Je souhaite payer en chèques vacances	Je souhaite utiliser mon Pass sport
Je paie en chèque (à l'ordre de Notre Dame du Travail)	Je paie en espèces	Je paie en CB
Je fais un don :€ pour aider les familles ayant peu de moyens		

- J'accepte le règlement intérieur du patronage de Notre Dame du Travail (à consulter sur le site internet)
- Je déclare que toutes les informations sont exactes
- Au cours de l'année, nous pourrions être amenés à prendre des photos des enfants qui seront destinées à être publiées sur le site de la paroisse. En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs : les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

Je soussigné (père-mère) autorise / n'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant.

Fait à : le :

Signature avec la mention « lu et approuvé »

Conformément à la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen du 27 avril 2016, la personne signataire de ce document bénéficie d'un droit d'accès, d'information, de rectification, 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 peut exercer ces droits en s'adressant à : Père G. WÜRZ, curé de la paroisse N-D du Travail (contact@notredamedutravail.net) Les données sont conservées durant le temps que la personne est en contact régulier avec l'Église catholique (art.8 de la Loi informatique et libertés modifiée et art.9 du RGPD).



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

**AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES
LIEU D'ACCUEIL PETITE ENFANCE
CENTRE DE LOISIRS - CENTRE DE VACANCES**

*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

NOM DE L'ENFANT :

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

• **AUTORISATION DE SORTIE**

Mon enfant peut participer aux sorties éducatives organisées par le patronage.
Je serai prévenu(e) au préalable des sorties, notamment celles nécessitant un moyen de transport.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le

Signature

• **AUTORISATION DE PUBLICATION**

A l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A....., le

Signature