

## INSCRIPTION

**Vous êtes : (\*)**

Lycéen – Animateur

Prêtre – Religieux – Religieuse – Consacré (e) – Diacre – Séminariste

**Votre diocèse :** .....

### Informations Personnelles

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : Homme / Femme

Date de Naissance : .....

Aumônerie ou Etablissement : .....

Numéro de téléphone du participant : .....

### Contacts en cas d'Urgence

Personne à contacter (Nom / Prénom) : .....

Numéro de téléphone en cas d'Urgence : .....

### Autorisations

Je soussigné(e), .....

Demeurant .....

Responsable légal de : .....

(Participerai) (Autorise mon enfant à participer) (\*) au **Rassemblement des Lycéens – Toussaint 2018 du 20 au 22 octobre 2018 à Bergerac.**

J'autorise la diffusion des images qui pourraient être prises (de moi) (de mon enfant) (\*) pendant ces trois jours sur tout support édité par l'évènement.

Je confirme que je suis informé(e) de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes (Responsabilité Civile ou extra-scolaire) couvrant les dommages corporels auxquels les activités peuvent (m'exposer) (exposer mon enfant) (\*)

Pour les mineurs, l'inscription sera valable seulement si elle est accompagnée de la fiche sanitaire dûment remplie et signée (Il est aussi conseillé de la remplir pour les adultes).

Signature du Participant

Signature du Responsable Légale  
(si nécessaire)

CERFA N° 85-0233

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON   FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
Du DT polio	.....	.....	___/___/___
Du DT coq	.....	.....	___/___/___
Du Tétracoq	.....	.....	___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS	.....	___/___/___
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS
	DATES	DATES	
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	VACCIN ___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL ___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	___/___/___
.....	.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....  
 .....  
 .....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. : \_\_\_\_\_ N° DE TEL : \_\_\_\_\_ DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....  
 MUTUELLE COMPLEMENTAIRE : Nom, adresse et numéro d'adhérent .....

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

DATE : ..... Signature : .....

**OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR**

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....  
 .....  
 .....