**TAIZÉ 2022**

Inscription – Autorisation Parentale – Fiche sanitaire de Liaison

(cf. au dos) sont à rendre au responsable de groupe

**avant le 15 janvier 2022**

INSCRIPTION

A remplir par chaque participant (jeune et adulte)

Nom du groupe  *(aumônerie, établissement privés, paroisse, mouvement)* *:* ………………………………………………

NOM : ……………………………………………………… Prénom: ……………………………………………………………………

Date de naissance: ……/……/……. Sexe: **□ F □ M**

Adresse: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

CP, Ville …………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone portable du jeune : ……………………………………………………………………………………………

**□ Lycéen ( Classe : ) □ Animateur □ Responsable**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **M. et/ou Mme (Nom, Prénom)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………  
□ mère □ père □ tuteur

Adresse : …………………………………………………………………………………………

CP, Ville…………………………………………………………………………………………………..

TELEPHONE où me joindre durant le rassemblement : ……………………………………………………..

Autorise : □ mon fils □ ma fille

nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. A participer au Rassemblement des Lycéens à Taizé du 13 au 19 février 2022 et à utiliser les moyens de transport aller-retour choisis par l’organisateur.

2. Les accompagnateurs/trices responsables à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical que l’état de mon enfant pourrait nécessiter en cas d’urgence constatée par un médecin pendant le séjour.

3. □ J’autorise / □ Je n’autorise pas la diffusion de photos, vidéos ou de tout autre document sur lequel pourrait figurer mon enfant dans le cadre du pèlerinage.

4. □ Je joins un règlement de 75 € (avant le 31/12/2021) / 80 € (à partir du 01/01/2022) pour le séjour de mon enfant (chèque à l’ordre de votre groupe)   
 □ je parraine le pèlerinage : ….. € pour mon enfant + ……€ = ……€

A, le

Signature du responsable légal Signature du jeune

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;   
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

1. JEUNE : Nom Prénom : FILLE  GARÇON 

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

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé, des certificats de vaccinations)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccins Obligatoires | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

1. 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.

1. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE □ oui □ non VARICELLE □ oui □ non ANGINE □ oui □ non

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ □ oui □ non COQUELUCHE □ oui □ non OTITE □ oui □ non ROUGEOLE □ oui □ non OREILLONS □ oui □ non SCARLATINE □ oui □ non

Allergies : ...........................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L’ENFANT

......................………………………………………………………………………………………………………………………………........................

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

MEDECIN TRAITANT de l’enfant, NOM et TELEPHONE : .........................................................................................

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

1. RESPONSABLE DE L’ENFANT

NOM : ..........................................Prénom : ..........................................

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : .................................................................................

CP, VILLE : ......................................................................................................................

TÉL PORTABLE (où me joindre pendant le séjour) PORTABLE : .....................................FIXE : ..............................

N° SS (dont dépend l’enfant) : .......................................................................................

J*e soussigné* ………………………….……*………......................................................,.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.*

A ……………………………….., le ……………………………………. Signature :