

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 : / /

2. 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					

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.

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

RUBEOLE oui non VARICELLE oui non ANGINE oui non
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui non COQUELUCHE oui non OTITE oui non
ROUGEOLE oui non OREILLONS oui non SCARLATINE oui non

Allergies :

.....
.....

5. RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L'ENFANT

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

6. 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) :

Je 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 :