

# 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 ?

RUBÉOLE  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 :