



Sacrements :

Baptême, Première communion

Bulletin d'inscription 2023/2024/2025*

Photo

Mme, M

Adresse

.....

autorise mon fils, ma fille

Né(e) le.....

à participer aux activités de Sacrements.

☎ Portable Parents : ☎ Portable Enfant :

Adresse E-mail du jeune s'il en a une, ou des parents :
(pour transmettre les informations en cours d'année)

Élève de 2° - 1° - T° au lycée de

Mon enfant

- est baptisé

oui (année)..... - non

J'autorise :

- Les animateurs à communiquer l'adresse de mon enfant aux autres parents pour les besoins de l'aumônerie exclusivement oui - non
- Les animateurs à transporter mon enfant dans leur véhicule personnel pour les activités d'aumônerie oui - non
- La diffusion de photos, vidéos ou de tout autre document sur lequel pourrait figurer ma fille ou mon fils dans le cadre des activités de l'aumônerie oui - non

Je confirme mon accord pour que mes données soient conservées pendant 3 ans pour usage interne au secteur pastoral de Pessac, avec droit d'accès et de rectification (case à cocher)

Je joins à l'inscription un chèque de **20 euros** à l'ordre du **Secteur Pastoral de Pessac**, correspondant à la cotisation annuelle.

Renseignements complémentaires :

Autres enfants élevés au foyer, leur âge et lieu de scolarité

date

signature

* : pour les Baptêmes uniquement



Sacrements :

Baptême, Première communion

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e).....

Autorise ma fille/mon fils

à participer aux rencontres d'équipe et aux regroupements organisés par l'aumônerie (pour les temps forts, une autorisation supplémentaire vous sera envoyée).

Je donne plein pouvoir aux responsables de prendre toutes les mesures que son état de santé nécessiterait et éventuellement de faire intervenir les secours en cas d'urgence.

Merci de préciser par ailleurs, tous les éléments médicaux nécessaires (allergies ; Maladies chroniques ; traitements en cours)

ALLERGIES :

Asthme oui non

Médicamenteuse oui non

Alimentaire oui non

Autre :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le préciser) :

.....

MALADIES CHRONIQUES ou TRAITEMENTS EN COURS :

.....

.....

Fait à, le

Signature des parents
(précédée de la mention « lu et approuvé »)