

# SERVICE DIOCÉSAIN DES PÈLERINAGES

## BULLETIN D'INSCRIPTION D'UN MINEUR ET AUTORISATION PARENTALE



Nom, lieu et dates du voyage : .....

Prix : ..... Transport : ..... Logement : .....

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

J'autorise les diocèses de Savoie à enregistrer mes coordonnées (postales, mail et téléphone)

Oui  Non

J'accepte de recevoir des informations de la part des diocèses uniquement, par mail ou courrier.

Oui  Non

J'accepte que mon enfant soit pris en photo ou qu'il apparaisse sur des vidéos et leur publication sur tous supports de communication des diocèses

Oui  Non

Données médicales importantes :

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM Prénom : .....

N° de téléphone : .....

Adresse mail : .....



Fiche sanitaire de liaison à remplir et rendre en même temps que cette feuille d'inscription

### ACCORD ET SIGNATURE

Je soussigné (NOM, Prénom) : ..... N° de téléphone : .....

En qualité de détenteur de l'autorité parentale (père, mère, autre) de :

NOM, Prénom (enfant) : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

accepte que mon enfant participe au voyage proposé par l'organisateur.

Je certifie avoir pris connaissance :

- du programme,
- des Conditions Générales de Participation (CGP) de Pèlerinages consultables sur le site diocésain.

J'autorise le transport de mon enfant par les moyens prévus.

J'autorise les responsables à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales, en cas d'urgence (y compris l'autorisation d'anesthésier et d'opérer).

Je m'engage, le cas échéant, à rembourser à l'organisateur l'intégralité des frais médicaux engagés.

- En cas de vol (argent ou affaires personnelles), l'organisateur décline toute responsabilité et aucune indemnité n'est prévue.
- En cas de dégradation de matériel, le montant des réparations est facturé.

Je confie mon enfant à la responsabilité des animateurs et de l'équipe encadrante.

Fait le : ..... à .....

Signature du détenteur de l'autorité parentale :



Ce pdf est interactif, vous pouvez le remplir directement dans votre éditeur de pdf.



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*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.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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