



Pastorale des jeunes Lozère

27 - 29 OCT
Conques

**COLLÉGIENS
LYCÉENS
ETUDIANTS**



Conques 27-29 octobre

Collégiens, Lycéens et Etudiants

Inscription et Autorisation Parentale

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone des parents _____

Adresse mail _____

Date de naissance _____

Je soussigné(e) :

✓ autorise mon fils, ma fille :..... à participer au mini séjour organisé par le diocèse de Mende du 27 au 29 octobre 2020 à Conques.

✓ J'autorise les responsables à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (examens médicaux, soins nécessitant une anesthésie locale ou générale, après décision des chirurgiens de l'hôpital du lieu.)

✓ J'autorise mon enfant à être transporté dans la voiture d'un parent ou d'un animateur lors du camp si nécessaire.

✓ J'autorise la diffusion de photos et vidéo, sur lesquelles pourrait figurer mon enfant.

✓ Fait à le

Signature et mention lu et approuvé

Je verse le règlement à l'ordre : AD Mende

- 60 € pour 1 inscrit
 50 € par inscrit de la même fratrie

**A renvoyer à Pastorale des Jeunes - 7 Rue Mgr de Ligonnès 48000 Mende
ou par mail à pastoralejeunes@diocese-mende.fr**

Pour information

- Dès que nous recevons les inscriptions nous vous communiquerons les informations utiles.
- Les portables ne sont pas autorisés
- Nous mettrons en place les mesures de la lutte contre le Corona virus que le gouvernement nous demande d'appliquer.

Pour tout renseignement vous pouvez contacter Catherine Bauer responsable de la pastorale des jeunes au 04 66 65 66 34 ou l'abbé Pierre -Yves Girod 06 48 68 84 16

Dans la joie de nous retrouver pour marcher à la suite du Seigneur.
L'équipe de la pastorale des jeunes

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

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