



FICHE D'INSCRIPTION 2025 - 2026

Pôle SACRÉ-CŒUR ☐

Pôle COLLÉGIALE ☐

Pôle St JEAN-BAPTISTE ☐

- **Vous pouvez inscrire vos enfants à l'aumônerie en ligne :**

Attention : une fois le formulaire validé, il n'est plus possible de modifier les informations.

En cas d'erreur ou si vous souhaitez envoyer des documents supplémentaires, contactez le secrétariat de l'aumônerie à l'adresse suivante : aumonerietiberiade@catholiquesmantois.com

Merci de joindre un extrait d'acte de baptême et la fiche sanitaire avec votre inscription



Possibilité de règlement par :

- **Chèque à l'ordre AEP MANTES** (possibilité de payer en 3 ou 4 chèques)
- **Virement bancaire** en précisant le nom et le prénom de l'enfant (RIB joint en ligne)

- **Si vous préférez ne pas faire l'inscription en ligne, merci de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous :**

JEUNE (en majuscules) Merci de joindre un extrait d'acte de baptême avec votre inscription

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Établissement scolaire : Classe* :

(*On ne redouble pas l'aumônerie. Les jeunes peuvent rester avec leur groupe d'âge quelle que soit leur situation scolaire.)

Téléphone portable : / / / /

RESPONSABLE LÉGAL (en majuscules)

PERE

Nom et prénom.....

Adresse.....

.....

CP :

Ville :

Tel...../...../...../...../.....

Mail.....

MERE

Nom et prénom.....

Adresse.....

..... CP :

.....

Ville :

Tel...../...../...../...../.....

Mail.....

➤ **Mon enfant a été baptisé :** Oui ☐ Non ☐ **Si oui, ajouter l'acte de baptême dans le dossier**

Date du baptême : Paroisse :

➤ **Souhaite être baptisé :** Oui ☐ Non ☐ **Si oui, ajouter l'acte de naissance dans le dossier**

➤ **A fait sa 1ère communion :** Oui ☐ Non ☐ **Souhaite la préparer :** Oui ☐ Non ☐

➤ **A été confirmé :** Oui ☐ Non ☐ **Souhaite la préparer :** Oui ☐ Non ☐

Aumônerie Tibériade de Mantes - 2 rue La Fontaine – 78200 Mantes la Jolie Contact : 06.52.08.88.56.

aumonerietiberiade@catholiquesmantois.com

COTISATIONS 2025 – 2026

Possibilité de payer en 3 ou 4 chèques. Chèques à l'ordre de : **AEP Mantes**
Les dossiers d'inscriptions doivent être rendus avant les vacances de la Toussaint

**Une réduction de 10€ est accordée automatiquement
dès le deuxième enfant inscrit à l'aumônerie.**

Classe	Cotisation	Participation solidaire
Collégiens	<input type="checkbox"/> 50€	<input type="checkbox"/> 10€ <input type="checkbox"/> 20€
Lycéens	<input type="checkbox"/> 25€	<input type="checkbox"/> 10€ <input type="checkbox"/> 20€

• Temps forts 2025/2026 :

Pèlerinages de l'année	Classe	Prix indicatif
Festivis	6eme & 5eme	0
Lisieux	6eme & 5eme	45 €
Lourdes Collégiens	5eme & 4eme & 3eme	360 €
Retraite de Profession de foi	5eme	95 €
Pèlerinage à Paris	4eme	0
Retraite de Confirmation	3eme	100€
FRAT à Jambville	4eme & 3eme	250 €
Taizé	Lycéens	120 €
Lourdes Hospitalité	Lycéens	360 €

L'aumônerie Tibériade dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les inscriptions des jeunes de l'aumônerie. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à aumonerietiberiade@catholiquesmantois.com.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant en cochant la case ci-contre. ☐

(À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT PAR LA PERSONNE QUI RÉCEPTIONNE LE DOSSIER)

Date de réception dossier/...../.....

Par :

Cotisation Participation solidaire :

☐ Réglée en espèces ☐ Réglée par chèque(s) :

N° Montant Date Encaissement

N° Montant Date

Encaissement

N° Montant Date

Encaissement ☐

☐ Règlement partiel de € le

☐ Reste à devoir la somme de €

☐ Non réglée

Règlement anticipé pour les pèlerinages

☐ Inscription réglée par chèque(s) :

N° Montant Date Encaissement



Aumônerie de l'enseignement public Tibériade de Mantes (AEP)

AUTORISATION PARENTALE 2025 – 2026

Je, soussigné(e) : Tuteur légal de :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

L'AUTORISE :

- à participer aux différentes activités de l'aumônerie ou aux temps forts organisés au niveau diocésain ; rencontres en équipe, journées de retraite, temps forts en aumônerie, temps fort pour une préparation aux sacrements, pèlerinages en diocèse...
- à repartir seul(e) après les rencontres de l'aumônerie : **Oui** ☐ **Non** ☐

Si non, nom, prénom, adresse et numéro de téléphone des personnes (autres que les parents ou le tuteur légal) autorisées à venir chercher votre enfant.....

- à se rendre seul(e) à des rencontres de l'aumônerie organisées par l'aumônerie ou au niveau diocésain dans un autre lieu que le lieu habituel : **Oui** ☐ **Non** ☐

J'AI PRIS CONNAISSANCE des rencontres prévues de l'aumônerie. Je serai prévenu(e) par l'animateur en cas de changements d'horaires. Je préviendrai l'animateur si mon enfant doit être absent.

Les animateurs sont responsables de votre enfant uniquement pendant les temps d'aumônerie prévus. L'absence de votre enfant aux activités ne pourra pas vous être automatiquement signalée, il vous appartient de vérifier son assiduité à l'aumônerie.

J'ATTESTE que mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité civile et pour les activités extrascolaires.

Nom de l'assureur Numéro du contrat (**joindre une photocopie de la carte vitale**)

EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT, j'autorise ses responsables de groupe, à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par son état. Cette personne pourra également le sortir du service des urgences, si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe. **Oui** ☐ **Non** ☐

J'AUTORISE les animateurs de l'aumônerie ou un autre parent à assurer si nécessaire le transport de mon enfant en voiture. **Oui** ☐ **Non** ☐

J'AUTORISE la diffusion de photo, vidéo ou tout autre document sur lequel mon enfant pourrait figurer dans le cadre des activités de l'aumônerie **Oui** ☐ **Non** ☐

Fait à le

Signature du responsable légal

(**Écrire en toutes lettres : "lu et approuvé" et "bon pour accord"**)

Aumônerie Tibériade de Mantes - 2 rue La Fontaine – 78200 Mantes la Jolie Contact : 06.52.08.88.56.

aumonerietiberiade@catholiquesmantois.com

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polionmyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :