



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

Pôle SACRÉ-CŒUR  Pôle COLLÉGIALE  Pôle St JEAN-BAPTISTE

## FICHE D'INSCRIPTION 2022 - 2023

**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)

**PÈRE**

Nom et prénom.....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone fixe domicile : ...../...../...../.....

Téléphone portable ...../...../...../...../.....

Mail.....

**MÈRE**

Nom et prénom.....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone fixe domicile : ...../...../...../.....

Téléphone portable ...../...../...../...../.....

Mail.....

- Mon enfant a été baptisé      Oui  Non  Diocèse.....  
.Souhaite être baptisé      Oui  Non  Paroisse .....
- A fait sa 1ère communion      Oui  Non  Diocèse.....  
. Souhaite la préparer      Oui  Non  Paroisse .....
- A fait sa confirmation      Oui  Non  Diocèse.....  
. Souhaite être confirmé      Oui  Non  Paroisse .....

Nom/Prénom des frères et sœurs	Né(e)	Baptisé(e)	Catéchisé(e), préciser (Éveil à la foi, KT, Aumônerie)

Le..... Signature

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](mailto:aumonerietiberiade@catholiquesmantois.com).

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

## COTISATIONS 2022 - 2023

Possibilité de payer en 3 ou 4 chèques. Chèques à l'ordre de : **AEP Mantes**

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

Classe	Montant de la cotisation		Pèlerinages de l'année	Participation solidaire
6 e	40 €	<input type="checkbox"/>	Festivis - 19 mars 2023	
		<input type="checkbox"/>	Lisieux - 13 mai 2023 - 35€	
5 e	40 €	<input type="checkbox"/>	Festivis 19 mars 2023	
		<input type="checkbox"/>	Lisieux - 13 mai 2023 - 35€	
		<input type="checkbox"/>	Retraite de Profession de Foi - 3/4 juin - 80€	
		<input type="checkbox"/>	Lourdes collégiens - 24/29 avril 2023 - 300€	
4 e	40 €	<input type="checkbox"/>	Pèlerinage à Paris - 29 janvier 2022	
		<input type="checkbox"/>	Lourdes collégiens - 24/29 avril 2023 - 300€	
3 e	40 €	<input type="checkbox"/>	Retraite de confirmation - 25/26 mars 2023 - 90€	
		<input type="checkbox"/>	Lourdes collégiens - 24/29 avril 2023 - 300€	
Lycéens	20 €	<input type="checkbox"/>	Taizé - 23/27 octobre 2022 - 110€	
		<input type="checkbox"/>	FRAT de Lourdes - 24/29 avril 2023 - 320€	

À quoi sert la cotisation ? La cotisation que nous vous demandons sert à financer

- |                                       |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|
| -L'assurance                          | -Les livres et fournitures |
| -La participation reversée au diocèse | -Le secrétariat            |
|                                       | -La solidarité             |

### Cadre réservé à l'aumônerie

(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) : Établissement

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) : Établissement .....

N°..... Montant..... Date..... Encaissement.....



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

## AUTORISATION PARENTALE 2022 - 2023

Je, soussigné(e) : .....  
Tuteur légal de :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Etablissement scolaire : .....

### 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")*





<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1. ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DE SÉJOUR : \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**2. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE    Oui  Non       VARICELLE    Oui  Non       ANGINE    Oui  Non

SCARLATINE    Oui  Non       COQUELUCHE    Oui  Non       OTITE    Oui  Non

OREILLONS    Oui  Non       ROUGEOLE    Oui  Non

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ    Oui  Non

**ALLERGIES :**

ASTHME : Oui  Non       MÉDICAMENTEUSES    Oui  Non       ALIMENTAIRES    Oui  Non

AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT ? Oui  Non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? Oui  Non

#### **5. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) \_\_\_\_\_

---

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_

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

---

L'ENFANT BÉNÉFICIE T-IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE A 100%

Fournir les attestations CMU et prise en charge SS

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 :

**À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---