

Photo
d'identité

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS
MERCI DE REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT

Retraite des enfants de :

- avril 2010
 juillet 2010
 Toussaint 2010

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ âge : _____ sera en classe de (pour la retraite) _____

Adresse familiale: _____

Tel : _____ Portable parental: _____ E-mail parental: _____

Est baptisé ? OUI NON

A fait sa 1^{ère} communion ? OUI NON

S'est déjà confessé ? OUI NON

Si non, voulez-vous qu'il fasse sa 1^{ère} confession ? Pensez-vous qu'il soit prêt ? Y aura-t-il un suivi ? OUI NON

A déjà fait une retraite pour enfants à Murat ? OUI NON

Prénoms et âges des frs et srs : _____

A remplir impérativement

Arrivée le : _____ à : _____ heure, moyen de transport : _____

départ le: _____ à : _____ heure, moyen de transport : _____

Nombre de personnes de la famille, en plus des enfants inscrits, qui déjeuneront au prieuré le dernier jour ? _____

REMARQUES (allergie, régimes, somnambulisme, énurésie)

J'accepte que mon enfant soit photographié et figure sur le site de la communauté : oui non

AUTORISATION - DECHARGE DES PARENTS

Je soussigné(e), NOM et prénom du (ou des) parents(s) : _____

1°) autorise mon enfant (NOM et prénom) : _____ né(e) le : _____

à participer à la retraite des enfants du _____ au _____ 2010 à Murat (Cantal)

2°) autorise les responsables du camp à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaire par son état de santé (hospitalisation et / ou intervention chirurgicale) et à le transporter dans les véhicules de l'organisation.

3°) adresse pendant le camp : _____

téléphone : _____

Date : _____

portable : _____

Signature des parents : _____

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'ACCIDENT

NOM et prénom de l'enfant : _____ né(e) le : _____

Prénom du père ou de l'assuré social : _____ N° de sécurité sociale : _____

Références de votre centre de sécurité sociale : _____

NOM et références de votre mutuelle complémentaire : _____

NOM et adresse de l'entreprise de l'assuré social : _____

Nom de votre compagnie d'assurance familiale et N° de police : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'un CONTRAT ASSISTANCE (Europe assistance ou autre) ? _____