

Inscription au catéchisme

Année 2020-2021

➤ L'enfant

Nom et prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Né(e) le : à :
 Ecole : Classe :

➤ Sa famille

- Nom et Prénom du Père :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél : Profession :
 Courriel :

- Nom et Prénom de la mère :
 Adresse si différente du père :
 Code postal : Ville :
 Tél : Profession :
 Courriel :

- Situation familiale : ☐ mariés ☐ divorcés ☐ autre :

- Frères et sœurs

Nom et prénom : né(e) le :
 Nom et prénom : né(e) le :
 Nom et prénom : né(e) le :

**Une fiche sanitaire de liaison est à remplir obligatoirement
pour les enfants participant aux activités du catéchisme en dehors du temps scolaire
(cf verso de cette feuille)**

➤ Inscription de notre enfant

☐ **Eveil à la Foi en paroisse (5-7 ans) :** ☐ 1^{ère} année ☐ 2^e année ☐ 3^e année

- ☐ Le samedi 1 fois par mois au Centre Jean XXIII, de 10h00 à 12h00 (calendrier déterminé)
☐ Lors des Rendez-vous du Dimanche en Famille (Calendrier déterminé)

☐ **Catéchisme (à partir de 8 ans) :** (compléter ci-dessous)

- Notre enfant est en : ☐ 1^{ère} année de caté ☐ 2^e année de caté ☐ 3^e année de caté

- Lieu choisi : ☐ **Ecole catholique :** ☐ Notre Dame ☐ Saint-Paul ☐ Sévigné (primaire)

☐ **Paroisse Saint-Clément (Centre Saint Jean XXIII)**

- ☐ Chaque mercredi de 11h00 à 12h00 (hors vacances scolaires)
☐ Le samedi de 10h00 à 12h00, 1 fois par mois (calendrier déterminé)
☐ Le dimanche de 10h00 à 12h15 (KT + Messe) (calendrier déterminé)

➤ Son Baptême (1^{er} sacrement de l'initiation chrétienne)

☐ Notre enfant **est baptisé :**

Date : Lieu : Diocèse :

*Pour les enfants baptisés hors de notre paroisse, merci de fournir un **certificat de baptême**.*

☐ Notre enfant **n'est pas baptisé :**

- ☐ Nous avons le désir qu'il soit baptisé : **Un rendez-vous vous sera proposé par la paroisse afin de vous présenter le parcours et l'engagement que cela implique.**
☐ Nous souhaitons qu'il vienne simplement découvrir le catéchisme.

➤ La première des communions (ou Sacrement de l'Eucharistie) :

*Ce sacrement est proposé aux enfants ayant déjà vécu une année de catéchèse.
Il s'inscrit dans un parcours de vie chrétienne en paroisse.*

☐ Notre enfant **a reçu** ce sacrement : Date : Lieu :

☐ Notre enfant **n'a pas reçu** ce sacrement :

☐ Nous en faisons la demande

Un rendez-vous vous sera proposé par la paroisse afin de vous présenter le parcours et l'engagement que cela implique.

☐ Nous n'en faisons pas la demande cette année.

➤ Autorisations parentales :

Je soussigné (e),

responsable légal de l'enfant :

- Autorise la paroisse à publier des photos, des vidéos ou tout autre document sur lequel pourrait figurer l'enfant dans le cadre des activités du catéchisme ou de la paroisse :

- Site internet de la paroisse : ☐ oui ☐ non
 - Page facebook de la paroisse : ☐ oui ☐ non

- Autorise la paroisse et le diocèse de Coutances et Avranches à utiliser nos coordonnées dans le cadre de la catéchèse, des activités paroissiales et diocésaines, du Denier de l'Eglise, et des pèlerinages, selon les dispositions précisées sur le site du diocèse de Coutances et Avranches www.coutances.catholique.fr

- Afin de faciliter la diffusion de certaines propositions (catéchisme ou paroissiales), nous souhaitons mettre en place un ou des groupe(s) WhatsApp.

- ☐ Oui, je souhaite en faire partie : N° téléphone :
☐ Non, je ne le souhaite pas

Fait à : le

Signature du père

Signature de la mère

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 - ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐FILLE ☐**DATES ET LIEU DU 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHMEoui ☐ 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.

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