

CONDITIONS D'INSCRIPTION AU RASSEMBLEMENT DE GIEL

Nous vous remercions de transmettre ce document signé ainsi que la fiche sanitaire de liaison ci-après dans une enveloppe cachetée à l'animateur en pastorale de votre paroisse, ou de nous l'adresser par courrier à

Pastorale des Jeunes – BP 25 – 61500 Sées.

L'inscription ne sera finalisée qu'à partir du moment où nous aurons reçu l'ensemble de ces documents !

*Emplacement
pour la photo
d'identité de
l'enfant (si non
fournie sur
Hello asso)*

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant NOM ET PRENOM DE L'ENFANT l'autorise à participer aux journées de Giel 2020.

- J'ai pris connaissance de la façon dont les données que j'ai fournies seront utilisées soit :

L'Association diocésaine de Sées est responsable du traitement des données et Normandie DPO (dpo@normandiedpo.fr) est son délégué à la protection des données. Ce traitement, qui a pour première finalité l'organisation règlement, est fondé juridiquement sur l'exécution de mesures précontractuelles et contractuelles. Vos données d'identité et de contact sont également utilisées pour vous solliciter dans le cadre du Denier de l'Église. Cette seconde finalité est juridiquement basée sur l'intérêt légitime de l'Association diocésaine de pourvoir à ses propres moyens. Les destinataires des données sont les personnes habilitées au service de la pastorale des jeunes, les partenaires concourant à son organisation et les personnes habilitées du service du Denier de l'Église. L'Association diocésaine s'interdit toute cession de vos données à un tiers. Les données collectées sont conservées pour une durée maximale de trois ans, sauf obligations légales. Vous disposez du droit de demander au responsable de traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données. Vous disposez également du droit de faire une réclamation auprès de la CNIL. L'exigence de fourniture de vos données à caractère personnel conditionne votre participation au pèlerinage ».

- Je suis informé(e) que durant le rassemblement de Giel des photos et vidéos seront prises à des fins de communication ecclésiale (possiblement utilisées sur supports web ou print).
- En cas d'annulation de l'inscription de mon enfant, j'ai noté que les frais me seraient remboursés, déduction faite des frais engagés et non remboursés,
- Je m'engage à fournir la fiche sanitaire dûment remplie.
- J'ai noté que mon enfant est responsable de ses affaires durant toute la durée du séjour. Les organisateurs déclinent toute responsabilité en cas de détérioration, perte ou vol.
- J'accepte de recevoir des informations concernant la vie du diocèse.

Fait leà

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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 ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS
