

## BULLETIN D'INSCRIPTION ( à détacher )

**Ne pas oublier de cocher les cases** |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Groupe 6 <sup>ème</sup> ..                      | <input type="checkbox"/> Aumônerie 5 <sup>ème</sup> |
| <input type="checkbox"/> Aumônerie 4 <sup>ème</sup> /3 <sup>ème</sup> .. | <input type="checkbox"/> Aumônerie Lycée            |

**Feuille à retourner :**

- Par mail : [jeunescatho.brive@gmail.com](mailto:jeunescatho.brive@gmail.com)
- Pour les 6ièmes : à rendre aux responsables du caté dans ta paroisse.
- Par courrier au presbytère St Martin de Brive :  
7 impasse Echevins 19100 Brive

<b>Prénom et nom du Jeune :</b>
Fille      Garçon
<b>Date de naissance :</b>
<b>INFOS DIVERS :</b>
<b>Etablissement :</b>
<b>Classe :</b>
<b>Adresse :</b>
<b>Du côté du jeune :</b>
TEL PORTABLE : .....
MAIL : .....
<b>Du côté des parents (Père)</b>
TEL PORTABLE : .....
MAIL : .....
<b>Du côté des parents (Mère)</b>
TEL PORTABLE : .....
MAIL : .....

### **Fiche sanitaire de liaison :**

**Mon enfant suit un traitement médical :**    oui / non  
(Je joins médicaments et ordonnance dans un sachet au nom du  
jeune– boîte de médicaments dans son emballage d'origine **Au-  
cun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**)

**Mon enfant a des allergies :**

Alimentaires :    \_ oui /  non

Médicamenteuses :    \_ oui /  non

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à suivre :**

### **Autorisations parentales**

Je soussigné,

Le père : .....

La mère : .....

Responsable légal de l'enfant :

.....

(Nom et prénom du jeune)

L'autorise à participer aux activités de l'aumônerie de l'Espace  
Missionnaire de Brive.

J'autorise un conducteur (pressenti par l'organisation) à le pren-  
dre en charge dans son véhicule particulier en cas de besoin.

J'autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les  
mesures rendues nécessaires par **l'état de santé** de mon enfant  
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...).

J'autorise la diffusion des photos de mon enfant.

J'atteste que mon enfant bénéficie d'une responsabilité civile

Nom de la compagnie d'assurance : .....

Numéro de contrat : .....

**DATE & SIGNATURE DES DEUX PARENTS**

**avec la mention « Lu & approuvé »**