



8, Rue de l'église - 06270 VILLENEUVE LOUBET

aumonerie-saintdominique@nice.catholique.fr

Tel : 06.03.03.16.54

FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027



NOM

Prénom

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse

Code Postal

Ville

Email jeune

Tel jeune

Etablissement
fréquenté :

Classe

Groupe d'aumônerie :

LA COLLE SUR LOUP
(Maison paroissiale)

VILLENEUVE LOUBET
(Présbythère)

Lycée

6ème

5ème

4ème

3ème

Ma vie chrétienne

Je suis baptisé(e)

1ère communion

Profession de Foi

Confirmation

Année

Cette année je prépare :

baptême

1ère communion

Profession de Foi

Confirmation

(2 années de préparation)

(2 années de préparation)

INFORMATIONS PARENTS

MERE

PERE

Prénom

Prénom

NOM

NOM

Tel

Tel

Email

Email

Adresse (si différente de l'enfant)

Ville :

Frères et sœurs (Prénoms, âges)

AUTORISATIONS LEGALES

Je soussigné(e) madame, monsieur

Père, mère de l'enfant (prénom, nom)

- Autorise mon enfant : - à participer aux rencontres d'aumônerie OUI NON

- à rentrer seul après les rencontres d'aumônerie OUI NON

- Autorise les animateurs, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au nom, à fixer, reproduire, représenter les photographies de mon enfant durant les séances ou les sorties d'aumônerie, et à les utiliser dans le cadre de vie de la paroisse, du doyenné et du diocèse. OUI NON

- Autorise les responsables à prendre toute initiative médicale jugée nécessaire y compris l'hospitalisation OUI NON

- Ai souscrit une assurance responsabilité civile OUI NON (Fournir une attestation)

Signatures du père

ET de la mère du jeune

(ou un responsable légal le cas échéant) :

Règlement de la cotisation annuelle de 40 € pour les frais d'aumônerie (60€ pour deux enfants d'une même fratrie).

e s p è c e s ☐ chèque ☐ (à l'ordre de AEP SAINT DOMINIQUE)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON : ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

1 - ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT A L'AUMONERIE

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 ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBÉOLE : OUI ☐ NON ☐ VARICELLE : OUI ☐ NON ☐

ANGINE : OUI ☐ NON ☐ SCARLATINE : OUI ☐ NON ☐ OTITE : OUI ☐ NON ☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU : OUI ☐ NON ☐

COQUELUCHE : OUI ☐ NON ☐ ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐ OREILLONS OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES o u i ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (pas d'automédication sans autorisation)

.....

.....

.....

.....

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... TROUBLES DYS ? TDHA ?)

.....

5 -RESPONSABLE DEL'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

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.

Date :

Signature :

6- ORAGNISATEUR

AUMONERIE DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC
DOYENNE DES BAOUTS SAINT DOMINIQUE

8, rue de l'église – 06270 VILLENEUVE LOUBET