**Formulaire d'inscription**

**Camp collégien du 28 au 31 octobre**

**A donner à son animateur en pastorale ou à envoyer à**

**Camp collégien Toussaint 2024, 8 rue du presbytère, 59240 Dunkerque**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon / Fille (\*)

Adresse :

**Informations parents**

Père : Mère

Tél : Tél :

Mail de contact :

**Mutuelle et sécurité sociale**

Nom : N° de contrat :

Tél : N° de sécurité sociale :

**Personne à contacter en cas d'urgence**

Père – Mère – Autre (\*)

*Si « Autre », préciser:*

*Nom et prénom :*

*Lien avec le jeune :*

*Tél :*

**Autorisation parentale**

Je soussigné .................................................................,Père, mère, tuteur, (\*)

1. autorise ma fille / mon fils (\*)  à participer au camp à Blangy sur Ternoise organisé du lundi 28 octobre au jeudi 31 octobre 2024.
2. autorise le responsable de l'équipe d'animation, ou les animateurs, à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical en cas d'urgence.

1. autorise les membres de l'équipe d'animation ou les autres parents à assurer le transport de mon enfant en voiture.
2. autorise la diffusion de photos, vidéos ou tout autre document sur lequel pourrait figurer mon fils ou ma fille dans le cadre des activités du diocèse.(\*\*)
3. reconnaît que l'organisation ne serait être tenue pour responsable en cas de perte, de détérioration ou de vols d'objets de valeur.

Fait le …..................... à ….........................................

(écrire à la main la mention « lu et approuvé ») Signature des parents

\* rayez la mention inutile

\*\* rayez si vous ne souhaitez pas donner cette autorisation

**Fiche Sanitaire**

**Vaccinations :** *remplir ce tableau ou fournir une copie du carnet de santé*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Date du dernier rappel** | **Vaccins recommandés** | **Date** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Polyomélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT Polio |  |  |  | *Autres* |  |
| **Ou** Tetracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

**Allergies :**

Asthme : oui / non Médicamenteuses : oui / non

*Alimentaires : oui / non Autres :*

*Si oui, précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir :*

**Autres informations médicales à porter à la connaissance de l'organisateur :**

(Allergies – Traitement médical – Antécédents médicaux ou chirurgicaux – Maladie chronique...)

***En quelques mots, qu’est-ce qui te motive pour venir à ce WE ?***