**Inscription au parcours de Confirmation année 2018/2019**

Prénoms (de l’adolescent) : ……………………………………………………………………………..

NOM : …………………………………………………………………………………. ……………

Né(e) le…………………………………..à…………………………..département……………..

A été baptisé le : ……………………………………………………………………………

En l'église ……………………………………………………………………………

De (ville) : ……………………………………………………………………..

Diocèse (ou département) ...…………………………………………………..

Si l’enfant a été baptisé hors de notre communauté de paroisses, fournir un certificat de baptême.

Merci de mentionner, s’il est déjà connu, le parrain ou la marraine qui assistera le jeune le jour de la confirmation (peut être différent du parrain ou marraine de baptême, doit être lui-même confirmé)

Marraine ou Parrain de confirmation (Nom, prénom) : .....................................................................

**Pour me joindre par courrier, par téléphone, par mail** (obligatoire, merci):

NOM/Prénom (parents) :

Adresse

………………………………………………………………………………………………………

Tél parents  : ………………………………………Tél ado : ………………………………………

Mail :……………………………………………………………………………………..

□ Je verse le montant de ma participation : un chèque de 35 euros à l’ordre de « Fabrique église catholique, communauté de paroisses ».

□ J'ai pris connaissance de la proposition de préparation à la confirmation.

Autorisation parentale pour les Sorties Prévues

Je soussigné(e) :

TEL. Domicile : TEL. Portable :

agissant en qualité de PERE  MERE  TUTEUR LEGAL 

N° de la Sécurité Sociale qui couvre l’enfant :

 **Autorise mon enfant** (Nom et prénom) ……….

à participer aux journées et aux activités dans les conditions prévues par les organisateurs.

 **AUTORISATION POUR SOINS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX**

– Autorise les responsables et organisateurs de la rencontre à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d’accident de mon enfant toutes mesures urgentes, tant médicales que chirurgicales, y compris, éventuellement l’hospitalisation.

– En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de mon enfant sont à la charge des familles. Il est rappelé que ces frais sont remboursés par la Sécurité Sociale, la mutuelle ou l’assurance accident.

- Je m’engage à rembourser les frais médicaux, pharmaceutiques ou autres.

Signalez toutes les allergies : ...............................................................................................................

Fait à : ………………………….., Signature : (le parent qui signe atteste que l’autre parent accepte la démarche)

Le …………………….