



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Semaine pèlerinage 16 au 20 juillet 2018)  
Diocèse e France de l'église apostolique arménienne  
bureauduprimat@diocesearmenien.fr

<p><b>NOM :</b> .....</p> <p><b>PRENOM :</b> .....</p> <p><b>Date de naissance :</b> ..... / ..... / .....</p> <p><b>Sexe :</b>    M        F</p> <p><b>Paroisse fréquentée :</b> .....</p>	<p><b>Photo :</b></p>
---	-----------------------

### **PARENTS**

Responsable légal(e) de l'enfant :     Père             Mère

**PERE** Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

Adresse mail : .....

**MERE** Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : .....

Adresse mail : .....

### **AFFILIATION SOCIALE**

Nom de la caisse d'assurance maladie : .....

Numéro de sécurité sociale qui couvre l'enfant : .....

## SANTE DU JEUNE

Médecin traitant : .....

Commune : ..... Tél : .....

### Allergies :

Alimentaire : oui  non

Médicamenteuse : oui  non

Si oui, précisez la nature et la conduite à tenir : .....

.....

Asthme : oui  non

Autres : oui  non  Précisez : .....

Votre enfant a-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) : oui  non

Problèmes de santé (maladie, hospitalisation, opération, ...) :

.....

.....

### Votre enfant porte-t-il :

des lunettes : oui  non

prothèses dentaires : oui  non

prothèses auditives : oui  non

autres : oui  non

Autres remarques que vous souhaiteriez nous transmettre :

.....

.....

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tetracoq					
BCG					

Je soussigné(e) .....responsable légal(e) de ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du pèlerinage à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature des parents :

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de ....., autorise l'équipe d'animation à :

- A photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités :    oui         non
- A diffuser l'image de mon enfant :    oui         non

Date :

Signature des parents :

*Pièces à fournir pour la constitution du dossier d'inscription :*

- *la fiche de renseignements de l'enfant*
- *une copie du carnet de vaccination*
- *un certificat médical du médecin traitant*
- *une attestation de responsabilité civile et individuelle accident*