



CAMP ETE 2020

Unité Pastorale du Plateau

Fiche d'inscription à renvoyer ou à déposer

Paroisse Saint Pierre-saint Paul - 10 rue Grange, 93370 Montfermeil

LE CAMP ADODEI du dimanche 26 au samedi 1er août 2020

À NOUAN –LE –FUZELIER (41) en collaboration avec ESPERANCE JEUNES

Prix du camp: 195€ chèque à l'ordre de ASSOCIATION ESPERANCE JEUNES

Coordonnée du jeune qu'on souhaite inscrire

GARÇON

FILLE

Nom

Prénom

Date de naissance

MERCI DE NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON AU DOSSIER!

Coordonnées des parents ou du tuteur légal PENDANT LE CAMP (merci d'écrire LISIBLEMENT)

NOM

ADRESSE COMPLET

E-MAIL:

Tél:

Portable:

Engagement moral du jeune pour le camp

Je soussigné m'engage à:

- ⇒ Vivre le camp dans un esprit fraternel, participatif (activités), et respectueux (des personnes, du rangement, des mesures de sécurité, de la nourriture, de la pudeur de chacun, ...)
- ⇒ Ne pas utiliser pendant le camp mon téléphone portable, MP3 ou autres (je les laisserai en sécurité au Secrétariat dès mon arrivée)
- ⇒ Ne pas fumer.

Toute détention de produits illicites ainsi qu'une attitude jugée inconvenante par le directeur, entrainera un renvoi.

Le / /

Signature du jeune:

Signature de l'adulte responsable:

J'autorise l'association Espérance Jeunes à partager les photos des mes enfants avec les autres jeunes

OUI

NON

J'autorise l'association Espérance Jeunes à utiliser les photos où figurent mes enfants pour la communication (tracts, affiches, diaporama)

OUI

NON

Signature des parents:

Autorisation parentale - Camp d'été AdoDéi 2020

Je, soussigné(e) père / mère / responsable légal

du (de la) jeune :

**Autorise mon fils / ma fille à participer au camp en Sologne
du 26 au 1er août 2020**

En cas de maladie ou d'accident, j'autorise son responsable de groupe :

Père Alexandre de Mandat Grancey

À prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Cette personne pourra également sortir du service des urgences mon fils /ma fille

si le médecin des urgences juge que son état lui permet de retrouver son groupe.

N° de téléphone sur lequel je suis joignable pendant l'activité :

N° de Sécurité sociale

N° de la Mutuelle :

Fait à :

Le :

Signature du / des parents ou du responsable légal :