



# 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 ADOMINI du dimanche 19 au samedi 25 juillet 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 Adomini 2020**

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

du (de la) jeune : .....

**Autorise mon fils / ma fille à participer au camp en Sologne  
du 19 au 25 juillet 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 :**