

# FICHE SANITAIRE

L'enfant suit-il un traitement médical oui non  
(Si oui, merci de joindre ordonnance et médicaments)

Allergies alimentaires oui non  
Si oui, lesquelles :

Allergies médicamenteuses oui non  
Si oui, lesquelles :

Autre :

Recommandations utiles des parents :

## AUTORISATION PARENTALE

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Autorise (nom de l'enfant) \_\_\_\_\_ à  
participer au rassemblement diocésain Cléophas 2019, le samedi 12  
octobre 2019 au lycée St-Louis, à Châteaulin.

Numéro de téléphone de la personne à contacter :

Je soussigné parent ou personne ayant l'autorité parentale autorise  
la personne responsable du groupe de ma paroisse à faire effectuer  
les soins, analyses nécessaires et interventions chirurgicales sous  
anesthésie à la personne mineure désignée ci-dessus.

J'autorise le service diocésain de catéchèse à illustrer sa page  
facebook et à communiquer dans les médias diocésains par des  
photographies où mon enfant serait susceptible d'apparaître : oui non

Date et signature :



SERVICE DIOCÉSAIN DE CATÉCHÈSE  
catechese29@gmail.com ou 02 98 34 67 00

VIENS AVEC (LÉOPHAS  
VIVRE UNE JOURNÉE DE FÊTE  
ET DE RENCONTRES  
SUR UN CHEMIN D'EMMAUS  
PLEIN DE SURPRISES



SPECTACLE  
ANIMATION MUSICALE  
VIE D'ÉQUIPE  
GRAND JEU  
CÉLÉBRATION

AU LYCÉE ST-LOUIS  
(HÂTEAULIN  
DE 10H À 17H

N'OUBLIE SURTOUT PAS  
UN PIQUE-NIQUE  
UNE TENUE PRATIQUE ET ADAPTÉE

## BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : .....

PRÉNOM : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Mail : .....

Je donne 5 € à ma paroisse et je transmets à mon/ma responsable caté

Contact local :