

Inscription collégiens/lycéens

I] PARENTS / TITULAIRES DE L'AUTORITÉ

NOM Prénom : _____

Téléphone : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Adresse courriel : _____

NOM Prénom : _____

Téléphone : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Adresse courriel : _____

II] AUTORISATION DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nous soussignés, M. Mme _____

- Autorisons notre jeune (NOM et Prénom) _____
- a participer à la journée diocésaine des jeunes organisée par le service diocésain de la pastorale des jeunes et des vocations du diocèse d'Avignon qui aura lieu le samedi 4 octobre 2025;

Oui / Non

(entourer la mention souhaitée)

- Autorisons expressément l'association diocésaine à utiliser à titre gratuit des images/photos/vidéos réalisées dans le cadre de cette journée diocésaine au profit des services diocésains ou en vue de leur publication et diffusion sur tous supports matériels ou immatériels et/ou modes d'exploitation (courrier, newsletter, site internet, réseaux sociaux...)

Oui / Non

(entourer la mention souhaitée)

La présente autorisation est accordée pour l'année 2025 et au plus tard dans les cinq années suivantes. Elle ne porte pas sur une utilisation commerciale des images. Aucune cession à des tiers ne sera effectuée. J'ai bien noté que je peux à tout moment revenir sur cette autorisation. J'ai bien noté également que je peux à tout moment demander le retrait d'une image publiée sur internet.

- Autorisons l'équipe encadrante à conserver durant la journée les informations sanitaires du jeune dont elle aura la charge, nécessaire à sa participation.
- Autorisons l'équipe encadrante à faire hospitaliser et faire réaliser toute intervention médicale ou chirurgicale d'urgence au jeune dont elle aura la charge en cas de besoin.
- Autorisons le jeune dont nous avons la charge à prendre tout traitement prescrit par un médecin avant la journée, supervisé par l'assistant sanitaire. Devront être fournies les boîtes de traitement marquées du nom du jeune, les notices d'utilisation des traitements, l'ordonnance prescrivant chaque traitement ainsi que la posologie et les consignes de prise données par le médecin prescripteur.

Signatures précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé. Bon pour accord ».

Fait à : _____ Date : ___ / ___ / _____

Signature des parents et représentants légaux :	NOM : Prénom :	NOM : Prénom :
--	-------------------	-------------------

III] RGPD

Les informations recueillies sont collectées et traitées par l'A.D. Avignon, à des fins de gestion administrative et pastorale de l'inscription de votre enfant et afin de communiquer avec vous dans le cadre de ces activités. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'organisateur de répondre à votre demande d'inscription et de fournir l'accompagnement pastoral. Les données sont susceptibles d'être communiquées dans la limite des finalités susvisées aux curé, vicaires, diacres, responsables de groupes et aux services diocésains concernés. Les données relatives sont conservées tant que le jeune est accompagné et au maximum 5 années après son interruption. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen du 27 avril 2016 n° 2016-679, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'information, de rectification, d'opposition et de limitation à un traitement, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de vos données. Pour l'exercer, vous pouvez écrire à cette adresse jeunes-vocations@diocese-avignon.fr Vous disposez du droit d'introduire un recours devant la CNIL si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés. Vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL : www.cnil.fr ou par courrier postal 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Fiche sanitaire

Cette fiche sera détruite à la fin de la journée doit être imprimée et remplie avec attention.

I] IDENTITÉ DU JEUNE

NOM Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fille / Garçon

Taille : _____ Poids : _____

II] AUTORISATION DES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

<u>Vaccins séparés</u>	OU <u>vaccins multiples</u>
Anti poliomyélite :	DTPolio :
Anti diphtérie :	Tétracoq :
Anti tétanos :	

Merci de fournir une copie du carnet de vaccination ou des pages "vaccinations" correspondantes du carnet de santé.

III] RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Dans les parties 3 et 4, si rien n'est applicable, notez "RAS" :

- Pathologies chroniques ou aiguës en cours (maladies, asthme, ...), précautions particulières et conduite à tenir quotidiennement ou en cas de crise :
 - Allergies alimentaires ou médicamenteuses, causes, précautions particulières et conduite à tenir en cas de crise :
-

IV] RECOMMANDATION DES PARENTS

L'enfant possède-t-il des lunettes, lentilles, appareillages ou tout autre dispositif médical ?

Si précautions particulières les préciser :