

Autorisation parentale

Taizé 2026



Jeune

NOM : Prénom :

Né le : / / à

Adresse postale :

.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :

Etablissement scolaire fréquenté :

Parents / Titulaires de l'autorité parentale

☐ Père ☐ Mère ☐ Titulaire de l'autorité parentale

NOM :

Prénom :

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

Adresse (si différente) :

.....

.....

☐ Père ☐ Mère ☐ Titulaire de l'autorité parentale

NOM :

Prénom :

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

Adresse (si différente) :

.....

.....

Autorisation

Je soussigné(e) (Prénom NOM),,

- Autorise l'enfant (Prénom NOM)

à participer à Taizé qui aura lieu du 26 au 30 octobre 2026,

- Autorise le responsable à faire pratiquer, en cas d'urgence, tout acte médical ou chirurgical que son état nécessiterait, après avis médical, pendant les activités de la journée.
- Autorise le responsable ou un animateur de l'équipe, à faire sortir l'enfant des urgences après avis médical.
- Autorise tout membre de l'équipe d'animation ou un autre parent à assurer si nécessaire le transport de l'enfant en voiture.

Fait à, le

Signature des parents / représentants légaux :

Engagement de responsabilité du mineur

Je m'engage à participer au séjour dans le respect des règles et des consignes de celui-ci.

Je m'engage à respecter les horaires et à contribuer à une ambiance bienveillante dans le groupe.

Je m'engage à n'apporter aucun alcool ou autre substance illicite.

Signature du mineur :

Droit à l'image (photos et vidéos)

☐ Père ☐ Mère ☐ Titulaire de l'autorité parentale

Prénom NOM :

J'autorise l'association diocésaine à utiliser des photos et vidéos réalisées dans le cadre des activités pastorales, en vue de leur publication et diffusion sur supports matériels ou immatériels (newsletter, site internet, réseaux sociaux, flyers pour de futurs événements).

La présente autorisation est accordée pour l'année 2026 et au plus tard dans les cinq années suivantes, elle ne porte pas sur une utilisation commerciale des images. Vous pouvez à tout moment revenir sur cette autorisation.

☐ Oui ☐ Non

Date :/...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé, bon pour accord »

☐ Père ☐ Mère ☐ Titulaire de l'autorité parentale

Prénom NOM :

☐ Oui ☐ Non

Date :/...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé, bon pour accord »

Protection de vos données personnelles

Les informations recueillies sont collectées et traitées par le service diocésain de la Pastorale des Jeunes 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. Les données sont susceptibles d'être communiquées dans la limite des finalités de cet événement aux 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 : Pastorale des Jeunes, 2 Faubourg St Jacques, 07220 VIVIERS

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.

Mon Enfant aimerait dormir :

- ☐ En tente
- ☐ En dortoir
- ☐ N'importe

Paielement

Le coût du séjour est de 160€

Il englobe les déplacements en car, l'alimentation, et le lieu où nous allons loger.

Je règle :

- ☐ Par chèque à l'ordre "ADVI pastorale des jeunes" à envoyer à l'adresse: 2 Rue Vanosc, 07300 Tournon-sur-Rhône en précisant le destinataire Emie SEUX sur l'enveloppe
- ☐ Par virement - Titulaire : ASSOC. ADVI PASTORALE DES JEUNES - IBAN : FR76 1390 6001 5785 0178 2597 152 - BIC : AGRIFRPP839 - ! Motif : indiquer le "nom du jeune + Taizé" !

Conditions de remboursement :

- *remboursement intégral en cas de motifs impérieux, quelle que soit la date,*
- *remboursement intégral en cas d'annulation jusqu'à deux semaines avant le début du projet,*
- *remboursement de la moitié de la participation totale demandée en cas d'annulation jusqu'à une semaine avant le début du projet,*
- *pas de remboursement en cas d'annulation moins de 48h avant le début du projet.*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

M ☐ F ☐

Les informations transcrites sur cette fiche sont confidentielles et ne seront portées qu'à la connaissance du responsable, de l'assistant sanitaire, aux professionnels de santé dont l'intervention serait requise et à toute personne ayant besoin d'informations particulières (en particulier concernant les allergies alimentaires).

1 – Vaccinations

Joindre impérativement une copie du carnet de santé avec les vaccinations à jour ou une attestation du médecin certifiant que le jeune est à jour de ses vaccinations.

Si le jeune n'est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2- Renseignements médicaux concernant le jeune

Le jeune suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui ☐ Non ☐	Varicelle Oui ☐ Non ☐	Angine Oui ☐ Non ☐	Scarlatine Oui ☐ Non ☐	Rhumatisme articulaire aigu Oui ☐ Non ☐
Coqueluche Oui ☐ Non ☐	Otite Oui ☐ Non ☐	Rougeole Oui ☐ Non ☐	Oreillons Oui ☐ Non ☐	

Allergies :

Asthme	Oui ☐	Non ☐
Médicamenteuses	Oui ☐	Non ☐
Alimentaires	Oui ☐	Non ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après **les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

.....

.....

3 – Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ? A-t-il des troubles du sommeil, hyperactif, ... ?

.....

.....

.....

.....

.....

4 – Responsable du jeune

Je soussigné, Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

.....

.....

Téléphone fixe (domicile) :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Téléphone fixe (bureau) :/...../...../...../.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre toutes mesures urgentes rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait à, le / /

Signature