



Inscription catéchisme 2016-2017

Paroisse Saint Laurent - Maison de Marie
14, place Saint Laurent - 45000 ORLEANS
02 38 78 01 80 ou <secretariatfsj@gmail.com>



J'inscris mon enfant au catéchisme au cours du : MARDI SOIR MERCREDI MATIN

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : __/__/____

ECOLE FRÉQUENTÉE : _____ CLASSE : _____

ADRESSE : _____

NOM DU PERE : _____ PRENOM : _____

TÉLÉPHONE FIXE : __/__/__/__/__ TÉLÉPHONE PORTABLE : __/__/__/__/__

E-MAIL : _____ @ _____

NOM DE LA MERE : _____ PRENOM : _____

TÉLÉPHONE FIXE : __/__/__/__/__ TÉLÉPHONE PORTABLE : __/__/__/__/__

E-MAIL DES PARENTS : _____ @ _____

SITUATION FAMILIALE :

MARIÉS UNION LIBRE DIVORCÉS SEPARÉS PARENT SEUL
RESPONSABLE LEGAL : PERE MERE LES DEUX

FRERES ET SOEURS

PRENOM : _____ AGE : _____ PRENOM : _____ AGE : _____

PRENOM : _____ AGE : _____ PRENOM : _____ AGE : _____

PRENOM : _____ AGE : _____ PRENOM : _____ AGE : _____

VIE SACRAMENTELLE

NB D'ANNEES D'EVEIL A LA FOI : _____ NOMBRE D'ANNEES DE CATECHISME : _____

LE JEUNE A-T-IL REÇU LES SACREMENTS :

BAPTEME OUI NON

DATE : __/__/____ VILLE : _____ PAROISSE : _____

EUCCHARISTIE OUI NON CONFIRMATION OUI NON

ACTIVITÉS

SCOUTISME : (préciser quel mouvement) _____

SPORT : _____

MUSIQUE : (préciser quel instrument...) _____

AUTRES : (par ex : enfants de chœur...) _____

PARTICIPATION FINANCIERE

25 € **20 €** POUR LE 2° ENFANT INSCRIT **15 €** À PARTIR DU 3° ENFANT INSCRIT

(CHÈQUES LIBELLÉS À L'ORDRE DE PAROISSE SAINT LAURENT - En cas de problème financier ne pas hésiter à se faire connaître, cela ne doit pas être un frein à l'enseignement du catéchisme))

FAIT À

LE

SIGNATURE DES PARENTS

REGLE LE

MODE DE REGLEMENT :

RECU PAR :

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je soussigné(e)

Représentant légal de l'enfant

Né(e) le

- AUTORISE mon enfant à quitter seul la structure
- N'AUTORISE PAS mon enfant à quitter seul la structure

Personnes autorisées à prendre mon enfant :

.....

Je décharge par ce fait l'équipe des catéchistes de toute responsabilité à compter du moment de ce départ seul ou pris en charge et m'engage à n'intenter aucune action à l'encontre de la paroisse en cas d'accident survenant durant le trajet retour de mes enfants.

Assureur :..... N° de police :.....

Fait à..... le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS MEDICAUX

Je soussigné (e).....

Père - mère - tuteur (rayer les mentions inutiles)

Demeurant.....

.....

Tél. portable.....Tél. Domicile..... Tél.

bureau.....

N° de Sécurité Sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

.....

Autorise les responsables de la Paroisse St Laurent à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

NOMPrénom

Né(e) le Lieu de naissance

Fait à..... le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Personne à joindre en cas d'urgence au cas où aucun parent ne serait joignable :

NOMPrénom..... Lien de parenté.....

Adresse

Code postalVille

Tél. portable.....Tél. Domicile..... Tél.bureau.....