



RETRAITE DE PROFESSION DE FOI

Abbaye Notre Dame de l'Ouÿe – 28 mars 2026



IDENTITE DU JEUNE :

Nom Prénom
Date de naissance..... Classe :
Adresse complète.....
Code Postal.....Commune.....

IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX :

Resp 1 :

Nom d'usage :Prénom :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
Code Postal..... Commune.....
☎ : ☎ professionnel :
Courriel.....@.....

Resp 2 :

Nom d'usage :Prénom :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
Code Postal..... Commune.....
☎ : ☎ professionnel :
Courriel.....@.....

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom	Prénom	N° téléphone
.....		
.....		

Nom et tél du médecin traitant.....

☐ J'autorise les photos de mon enfant dans le cadre stricte des activités de l'aumônerie et de la pastorale de l'Institut Saint Paul.

☐ J'autorise à ramener mon enfant à l'issue de la retraite.

Attention : Les téléphones portables sont interdits pendant le temps de la retraite. Les objets précieux, bijoux et autres, sont sous la seule responsabilité de leur propriétaire.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DU JEUNE :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice et la posologie).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE MEDICALE.

VACCINATION :

Mon enfant est à jour de ses vaccinations : ☐ OUI ☐ NON

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique * :

Pour rappel, la vaccination contre le DTP (diphtérie-tétanos-polio) doit être réalisée à 2 mois, 4 mois, 11 mois, 6 mois et vers 11-13 ans.

Sans ces vaccinations à jour, l'enfant ne pourra pas être accueilli en accueil périscolaires ou de loisirs.

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (rendu nécessaire par une pathologie médicale) : ☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES :

Alimentaire : ☐ OUI ☐ NON

Médicamenteuse : ☐ OUI ☐ NON

Autres (animaux, plantes ...) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez.....
.....

SANTE : Indiquer les difficultés de santé particulières nécessitant des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, appareillage, opération, rééducation...)

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèse auditive, etc...

.....
.....
.....

☐ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à Le

Signatures