**Fiche d’inscription - Autorisation parentale - Fiche sanitaire de liaison**

Nous, soussignés ……………………………………………………, responsables légaux de l'enfant, autorisons ..………………….…………………................................................................................................

A participer aux activités de Préparation à la Profession de Foi ou de Confirmation mentionnées ci-dessous, la responsabilité de la paroisse ne pouvant être engagée en dehors des horaires mentionnés :

1. Réunion de rentrée : samedi 23 septembre, 10h-11h30 à l’Accueil Paroissial d’Arradon.
2. Temps forts ayant lieu les dimanches 2023-2024 : 15 octobre – 3 décembre– 14 janvier – 24 mars - 14 avril de 9h45 à 14h15 (Eglise Saint Pierre, Accueil Paroissial d’Arradon).
3. Retraite organisée pour la Profession de Foi et de confirmation au Vincin (F.M.N.D.) : les 26 et 27 février 2024 (9h-18h).
4. Préparation liturgique aux célébrations (Veillée de prière le jeudi 16 mai, 20h –

*Confirmation* : célébration : samedi 25 mai 2024 à 18h cathédrale de Vannes ; répétition : samedi 25 mai à 17h, à la cathédrale. *Profession de foi* : célébration : dimanche 26 mai 2024, 11h église d’Arradon ; répétition : samedi 25 mai de 10h à 11h45, Eglise d’Arradon).

Nous prenons note que la participation de nos enfants à la messe du dimanche et aux grandes célébrations de l’année liturgique (Toussaint, Noël, Mercredi des Cendres, Vigile pascale, Pentecôte) est attendue.

Nous autorisons les accompagnateurs de la Profession de Foi ou un autre parent à assurer, si nécessaire, le transport en voiture de mon enfant. (*Rayer si refus*).

Nous autorisons, dans le cadre de la communication paroissiale, la diffusion de photos, vidéos ou tout autre document sur lequel pourrait figurer mon enfant dans le cadre de ces activités prévues (*rayer si refus*).

Nous autorisons les responsables des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

N° de la carte de sécurité sociale de l'enfant assuré :..................................................................................

Personnes à contacter en cas d’accident (Prénom – Nom – téléphones – adresses) :...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Indications particulières : merci de préciser par ailleurs tous les éléments médicaux nécessaires (type d’allergies et conduite à tenir, cas d’automédication, maladies chroniques, traitement en cours...).……………………………………………………………………………...........…………………………………………………………………………………………………….......…………………………………………

Fait le ..........................................à ................................ Signature de chaque représentant légal

Ecrire à la main "Lu et approuvé"

**A ENVOYER AVEC LE DOSSIER, *EXCLUSIVEMENT PAR COURRIER* A :**

**Madame MC de Lambilly – Profession de Foi / Confirmation, 10 rue Albert 1er, 56000 Vannes**