



JOURNEES SYNODALE

9 JUIN 2019 - ORLEANS

Fête de la Pentecôte

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphone :

Paroisse d'origine :

Email :

Si vous le souhaitez un service garderie sera mis à votre disposition au Campo Santo, le samedi de 8h45 à 19h et le dimanche de 08h45 à 16h00. Nombre d'enfant(s) à prendre en charge :

Moins de 3 ans : 3-7 ans : 8-10 ans : 11-15 ans :

Obligatoire : merci de compléter également la décharge parentale pour enfant mineur.



HEBERGEMENT

Auriez-vous besoin d'un hébergement à Orléans ? OUI NON

Si oui, précisez, merci :

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



HANDICAP

Pour vous offrir un **accueil personnalisé**, merci de nous préciser si vous présentez un handicap particulier : OUI NON

MALADIE PSYCHIQUE OUI NON

Autre (s) ?

- HANDICAP VISUEL
- HANDICAP MENTAL
- HANDICAP AUDITIF
- HANDICAP MOTEUR

Etes-vous en fauteuil roulant : NON
 OUI (merci de préciser) Manuel
 Electrique

Avez-vous besoin que l'on prévoit une **personne accompagnante** ? OUI NON

Avez-vous besoin que l'on vous aide au transfert (Transport, Toilettes, autre) ?

.....
.....

En cas de demande de renseignements handicap vous pouvez appeler au 02.38.24.28.21 ou 06.78.46.71.18 (Mme LEFEBVRE - Déléguée diocésaine à la Pastorale de la Santé).

Nous vous remercions par avance de bien vouloir compléter cette fiche et de la retourner avant le 15 Mai 2019 à synodejuin2019@orleans.catholique.fr ou à défaut **Association DIOCESAINE D'ORLEANS 14 CLOITRE SAINT AIGNAN 45000 ORLEANS.**

Pour toute demande d'information complémentaire vous pouvez nous écrire.

J'ai pris connaissance que mes données personnelles pourront être utilisées par le Diocèse d'Orléans dans le cadre de correspondances liées aux activités diocésaines.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom et prénom)

père, mère ou tuteur* de(des) enfant(s) :

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Paroisse :

Téléphone fixe/mobile en cas d'urgence :

→ J'autorise l'utilisation de photos prises au cours de ces événements du 8 et 9 juin 2019 à Orléans.

→ J'autorise les responsables à recourir à tout médecin pour faire pratiquer en cas d'urgence toute intervention chirurgicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Fait à :, le

Signature précédée de la mention, « lu et approuvé »

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom et prénom)

père, mère ou tuteur* de(des) enfant(s) :

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville:

Paroisse :

Téléphone fixe/mobile en cas d'urgence :

→ J'autorise l'utilisation de photos prises au cours de ces événements du 8 et 9 juin 2019 à Orléans.

→ J'autorise les responsables à recourir à tout médecin pour faire pratiquer en cas d'urgence toute intervention chirurgicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Fait à :, le

Signature précédée de la mention, « lu et approuvé »