

CRÉNEAUX HORAIRES DU CATÉCHISME

	Vendredi (17h-18h30)	Samedi (10h30-12h) <i>sous réserve de disponibilité</i>
CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CE1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CE2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CM1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CM2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A déjà suivi des séances de catéchisme : oui non

Frais d'inscription de 50€ (pour les fratries 30€ par enfant)

 en chèque en espècesCaisse de solidarité 15€ :

Je comprends qu'en m'inscrivant au catéchisme, j'autorise l'Association Diocésaine de Paris à utiliser mes coordonnées dans le cadre des activités paroissiales et diocésaines, du suivi des sacrements et de la collecte de dons y compris le Denier de l'Eglise.

Les données ne sont pas partagées avec des organismes extérieurs au diocèse de Paris.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée le 20 juin 2018, et au règlement européen du 27 avril 2016, la personne signataire de ce document bénéficie d'un droit d'accès, d'information, de rectification, d'un droit d'opposition et de limitation à un traitement, d'un droit à l'oubli et à la portabilité des informations qui la concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. La personne signataire peut exercer ces droits en s'adressant à ADP – DPO – 10 rue du Cloître Notre-Dame 75004 Paris ou à dpo@diocese-paris.net, en joignant une photocopie de votre pièce d'identité. Pour en savoir plus veuillez consulter notre politique de protection des données.

Je soussigné(e), père, mère, tuteur autorise/n'autorise pas (rayer) mon enfant à rentrer seul après la séance de catéchisme.

A défaut, les personnes autorisées à prendre mon enfant sont :

.....

Usage des photos

Je soussigné(e), père, mère, tuteur autorise/n'autorise pas (rayer), à titre gracieux, l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre des activités paroissiales ou diocésaines.

Autorisation de soins médicaux

Problème médical (allergie...) :

.....

Je soussigné(e), père, mère, tuteur autorise tout médecin, à faire pratiquer, en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale (avec ou sans anesthésie) et à prescrire, le cas échéant, tout traitement rendu nécessaire pour l'état de santé de mon enfant

Date et signature des parents ou du tuteur