



Paroisse Notre-Dame de La Salette

Inscription catéchisme / Année 2025-2026

Photo

CP

CE1

CE2

CM1

CM2

KT- dimanche à 10h

Nom : Prénom : Né(e) le à

Baptisé(e) NON/OUI : le à

Si non, demande de préparation baptême : OUI ☐

NON ☐

Certificat de baptême :

- ☐ ci-joint
- ☐ à fournir
- ☐ remis à ND de La Salette précédemment

A déjà été admis à :

- ☐ la 1^{ère} communion (Année)
- ☐ la confirmation (Année)

Fils /fille de et de

Situation de famille des parents :

Religion du père : / de la mère :

Profession du père : / de la mère :

Adresse :

Tél. fixe : portable :

Email : (écrire lisiblement)

Personne(s) à contacter pour le courrier (nom et adresse - si différente) :

École :

Frères et sœurs :

Nom : Prénom : Né(e) le

Nom : Prénom : Né(e) le

Nom : Prénom : Né(e) le

Catéchèse antérieure : à ND de La Salette OUI ☐ NON ☐

si besoin, indiquer année(s) et paroisse(s)

Autres renseignements utiles :

Montant des frais d'inscription au catéchisme :

Du CP au CM2 : 30 € - En cas d'inscription de plusieurs enfants : une seule fois 40 €

Cotisation de soutien (facultatif) : 10 €

Total : € réglé ☐ par chèque ☐ en espèces ☐ par virement en précisant

« inscription KT et nom de l'enfant » IBAN FR76 3000 3016 7800 0501 1323 221

TSVP



AUTORISATIONS PARENTALES

NOMS des deux PARENTS : Mr.....

(ou représentants légaux)

Mme.....

NOM et Prénom de l'enfant :

I - AUTORISATION à remplir par les personnes figurant sur une photographie pour une publication sur un support écrit ou Internet

Les parents soussignés **autorisent / n'autorisent pas (*)** l'utilisation à titre gracieux de l'image de l'enfant dans le cadre des activités paroissiales ou diocésaines.

L'Association diocésaine de Paris ou la paroisse pourront reproduire cette image sur tous les supports cités ci-dessous pour une durée de trois ans :

- ✓Périodique imprimé : *Paris Notre Dame, Vocations*, bulletins paroissiaux... (*)
- ✓Site Internet général de l'ADP (www.catholique-paris.com) et sites Internet des différents services du diocèse (Service des Vocations, Pôles Jeunesse et Jeunes pro, etc.) (*)
- ✓Sites Internet de la paroisse Notre-Dame de La Salette (*)
- ✓Tracts et brochures imprimés, affiches du service de communication du diocèse (*)

Une photographie constituant une donnée à caractère personnel, les parents soussignés reconnaissent avoir été informés des droits dont ils disposent à tout moment afin de vérifier l'usage qui est fait de cette image et d'en demander le retrait de toute publication ou diffusion.

Je comprends qu'en inscrivant mon enfant 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.

Cochez les cases si vous refusez que l'Association Diocésaine de Paris utilise vos coordonnées dans le cadre du suivi administratif :

- ☐ des activités paroissiales,
- ☐ des activités diocésaines,
- ☐ de la préparation aux sacrements,
- ☐ de la collecte de dons y compris le Denier de l'Eglise.

Ces données ne sont pas partagées avec des organismes extérieurs.

Conformément à la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée le 20 juin 2018 et au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, la personne signataire de ce document bénéficie d'un droit d'accès, de rectification de vos données, 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. 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 sur www.paris.catholique.fr/-mentions-legales-.html

III - AUTORISATION EN CAS DE NÉCESSITÉ DE SOINS MÉDICAUX URGENTS

Les parents **autorisent / n'autorisent pas (*)** 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 par l'état de santé de l'enfant.

Représentants légaux de l'enfant :

Fait à le
(Signatures des deux responsables légaux,
précédées de la mention « **Lu et approuvé** »)

(*) **Rayer les mentions ne convenant pas.**