



PAROISSE
SAINT-MARTIN
SAINT-ROMAIN



Inscription Kidcat 2025-2026

Documents à fournir obligatoirement :

- ☐ Inscription enfant
- ☐ Autorisation ramassage scolaire (si concerné)
- ☐ Fiche sanitaire
- ☐ Photocopie du carnet de vaccination

accueilparoissialgivors@lyon.catholique.fr - 06.98.45.31.55

<https://paroissegivors.webnode.fr/>



PAROISSE
SAINT-MARTIN
SAINT-ROMAIN

KIDCAT

Inscription enfant 2025-2026

Enfant

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe : ☐ Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2

Ramassage scolaire : ☐ OUI ☐ NON Heure de sortie le jeudi soir :h.....

Aide aux devoirs : ☐ OUI ☐ NON

Sacrements déjà reçus : ☐ Baptême (Date : Lieu :)

☐ Communion (Date : Lieu :)

Souhaite recevoir : ☐ Baptême ☐ Communion

NB : La proposition kidcat permet à votre enfant de recevoir la 1ère communion et le baptême après une période de préparation adaptée, n'hésitez pas à nous en parler.

Remarques éventuelles (bien penser à signaler les allergies éventuelles pour le goûter) :
.....

Famille

Parent 1 : Tel. :

Adresse mail :@.....

Adresse postale :

Souhaitez vous être bénévole ? ☐ Oui ☐ Non

Parent 2 : Tel. :

Adresse mail :@.....

Adresse postale :

Souhaitez vous être bénévole ? ☐ Oui ☐ Non

Frères et sœurs : ☐ Oui ☐ Non

Prénom

Date de naissance

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

Je, soussigné(e),

- autorise mon enfant à participer aux rencontres du Kidcat
- autorise la conservation et l'utilisation de ces données dans le cadre paroissial ou diocésain uniquement, en sachant que j'y ai accès à tout moment en écrivant à accueilparoissialgivors@lyon.catholique.fr et que je peux demander leurs suppressions
- autorise la prise de photos de mon enfant lors des rencontres Kidcat pour être utilisée dans le cadre des médias de la paroisse

Date et signature :



PAROISSE
SAINT-MARTIN
SAINT-ROMAIN



Autorisation ramassage scolaire

Je soussigné
autorise les membres de l'équipe kidcat à aller chercher mon enfant
à partir de 16h à l'école les jeudis
et à l'emmener à pied ou en voiture à l'église de Echalas (rue de l'église, 69700 Echalas)

Je peux demander la liste des membres de l'équipe à tout moment en envoyant un mail à l'adresse
accueilparoissialgivors@lyon.catholique.fr ou au 06.98.45.31.55

Remarques éventuelles:

.....
.....

En remplissant ce formulaire vous consentez à la conservation et l'utilisation de ces données dans
le cadre paroissial ou diocésain uniquement, en sachant que j'y ai accès à tout moment en écrivant
à accueilparoissialgivors@lyon.catholique.fr et que je peux demander leurs suppressions.

Date et signature :



Fiche sanitaire

⚠ Merci de joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.
En l'absence de carnet de santé, fournir une attestation médicale.

ENFANT :

NOM		
PRÉNOM		
SEXE	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> F
DATE DE NAISSANCE		

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

(A prévenir en cas d'urgence par ordre d'importance)

NOM PRÉNOM	TELEPHONE 1	TELEPHONE 2

PROBLÈMES DE SANTÉ PASSÉS ET ACTUELS

Maladies, handicap, hospitalisations et/ou opérations graves... (préciser les dates)

PRISE DE TRAITEMENT

☐ OUI, mon enfant prend un traitement médical

(⚠ joindre une ordonnance si le traitement est à prendre pendant le temps d'accueil Kidcat)

☐ NON

POINTS D'ATTENTION CONCERNANT L'ENFANT

Par exemple : saignements du nez, hyperactivité, stress, phobie, harcèlement scolaire, parents divorcés, situation familiale complexe, port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, troubles du comportement...

--

ALLERGIES

Aliments, médicaments	Type de réaction (œdème, boutons...)

VACCINATIONS

⚠ Merci de joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.

En l'absence de carnet de santé, fournir une attestation médicale.

MALADIE	NOM DU VACCIN				Date dernier rappel
DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite)	<i>Infanrix Hexa Hexyon</i>	<i>Pentavac</i>	<i>Repevax Boostrix</i>	<i>Revaxis</i>	
Coqueluche					
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		<i>Engerix B Genhevac</i>			

MALADIE	NOM DU VACCIN	Date dernier rappel
Méningocoque C	<i>Neisvac Meningitec</i>	
Pneumocoque	<i>Prevenar</i>	
ROR 5 (Rubéole, oreillons, rougeole)	<i>Priorix</i>	
Tuberculose	<i>BCG</i>	

Autre	Hépatite A (Avaxim, Vaqta, Havrix)	Typhoïde (Typhim)	Fièvre jaune (Stamaril)	Rage (Vaccin rabique)
Date				

Je soussigné(e), M ou Mme
 responsable légal de l'enfant
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables
 de Kidcat à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical,
 hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :