



PAROISSE
NOTRE-DAME
DE L'UNITÉ



Inscription Kidcat 2026-2027

Documents à fournir obligatoirement :

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

i.mekzine@lyon.catholique.fr - 07 86 71 70 46



INSCRIPTION ENFANT 2026 - 2027

ENFANT

Nom: Prénom:

Date et lieu de naissance:

Établissement scolaire:

Classe: PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Ramassage scolaire: OUI NON Heure de sortie le mardi: 16h.....

Aide au devoir: OUI NON Si oui, fin à 19h.

Sacrements déjà reçus :

Baptême OUI NON - Date et lieu:

Communion OUI NON - Date et lieu:

Souhaite recevoir: Baptême Communion

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

Remarques éventuelles (allergies, TSA, TDAH, situation familiale...)

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

FAMILLE

Parent 1:

Adresse:

Tel: Déjà membre groupe WhatsApp "info kidcat": OUI NON

Souhaite être bénévole kidcat: OUI NON

Parent 2:

Adresse:

Tel: Déjà membre groupe WhatsApp "info kidcat": OUI NON

Souhaite être bénévole kidcat: OUI NON



PAROISSE
NOTRE-DAME
DE L'UNITÉ



Frères et soeurs:

Prénom: Age:.....

Prénom: Age:.....

Prénom: Age:.....

Prénom: Age:.....

AUTORISATION

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:



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 mardis (hors vacances scolaire) et à l'emmener à pied ou en
voiture à la maison paroissiale (6 rue Victor Hugo 69700 Givors).

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 07 69 16 93 86

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	☐ M	☐ 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)	Infanrix Hexa Hexyon	Pentavac	Repevax Boostrix	Revaxis	
Coqueluche					
Haemophilus influenzae					
Hépatite B		Engerix B Genhevac			

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

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 :