

ÉTAT CIVIL (JEUNE)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

AUTRES INFORMATIONS (ALLERGIE.S,
TRAITEMENT, ...) :

RESPONSABLE LÉGAL

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

MAIL :

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE :

-
-
-

AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNÉ(E) (PÈRE, MÈRE OU TUTEUR LÉGAL)

CERTIFIE INSCRIRE, MA FILLE/MON FILS..... AUX ACTIVITÉS
ORGANISÉES DANS LE CADRE DU DISPOSITIF FRANC'ADOS QUI SE DÉROULENT
DU 16 AU 27 FÉVRIER 2026.

J'AUTORISE L'ANIMATRICE DU DISPOSITIF À FAIRE SOIGNER MA FILLE/MON
FILS ET À PRENDRE TOUTES MESURES, Y COMPRIS L'HOSPITALISATION ET
L'INTERVENTION CHIRURGICALE NÉCESSITÉES PAR SON ÉTAT DE SANTÉ,
SELON LES PRESCRIPTIONS DU CORPS MÉDICAL CONSULTÉ, JE M'ENGAGE À
REMBOURSER À L'ASSOCIATION LES FRAIS QUE CELLE-CI AURAIT
ÉVENTUELLEMENT SUPPORTÉS À L'OCCASION DE CES INTERVENTIONS.

J'AUTORISE L'ANIMATRICE À TRANSPORTER SI NÉCESSAIRE MON ENFANT
DANS LE MINIBUS MIS À DISPOSITION PAR LES FRANCAS (TRANSFERTS VERS
LIEUX D'ACTIVITÉS)

J'AUTORISE / JE N'AUTORISE PAS (1) LA PRISE DE PHOTO / VIDÉO DE MON
ENFANT AFIN D'UNE ÉVENTUELLE DIFFUSION SUR LA PRESSE LOCALE, BILANS
AUX PARTENAIRES FINANCIERS, SITE OU RÉSEAUX SOCIAUX FRANCAS ET CE,
À DES FINS NON COMMERCIALES ET NON PUBLICITAIRES.

À LE

SIGNATURE DU PÈRE, MÈRE OU TUTEUR

(1) : BARRER MENTION INUTILE

CHOIX DES ACTIVITÉS

Pour rappel, l'animatrice ne fera plus de co-voiturage pour emmener les jeunes sur les lieux d'activités.

Afin de pouvoir participer à la sortie hebdomadaire, les jeunes doivent être présents au minimum 3 jours dans la semaine.

JE M'INSCRIS À LA SEMAINE 1 (DU 16 AU 20 FÉVRIER) :

☐ OUI

☐ NON

JE M'INSCRIS À LA SEMAINE 2 (DU 23 AU 27 FÉVRIER) :

☐ OUI

☐ NON



Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

PRENOM :

SEXE: M ☐ F ☐

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

INDICATION.

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

.....

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

.....

.....

.....

Responsable N°1 : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

.....

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date: _____
Signature: _____