

# DOSSIER D'INSCRIPTION (1)

## ÉTAT CIVIL (JEUNE)

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

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

# DOSSIER D'INSCRIPTION (2)

## RESPONSABLE LÉGAL

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

MAIL :

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE :

- 
- 
-

# DOSSIER D'INSCRIPTION (3)

## 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 6 AU 31 JUILLET 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



DOSSIER  
D'INSCRIPTION (4)

## 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 6 AU 10 JUILLET) :

 OUI

 NON

## JE M'INSCRIS À LA SEMAINE 2 (13 ET DU 15-17 JUILLET) :

 OUI

 NON

## JE M'INSCRIS À LA SEMAINE 3 (DU 20 AU 24 JUILLET) :

 OUI

 NON

## JE M'INSCRIS À LA SEMAINE 4 (DU 27 AU 31 JUILLET) :

 OUI

 NON

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
 DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE :    M        F   

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?     Oui     Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES     oui     non  
 MÉDICAMENTEUSES     oui     non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :     oui     non  
 Précisez : .....

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser     oui     non  
 .....  
 .....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....  
 .....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... 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 : .....