

ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE DES FRANCAS DE MEURTHE ET MOSELLE

FICHE D'INSCRIPTION

# FORMATION ANIM' JUNIORS

**ANNÉE 2026**  
**TOULOIS**

**DATES STAGE B.A.B.A :**

**DU 16 AU 18 FÉVRIER 2026**

**DATES STAGE À TOI DE JOUER :**

**LE 19 ET 20 OCTOBRE 2026**

**LIEU DES STAGE :**

**FOUG**

**HORAIRES :**

**9H00 - 16H30**



## ÉTAT CIVIL

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : ☐ MASCULIN ☐ FÉMININ

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉL :

MAIL :

SITUATION SCOLAIRE :

RÉGIME ALIMENTAIRE :

PHOTO



## ENGAGEMENT DU JEUNE

Je soussigné(e) ..... sollicite mon inscription pour la session de stage Anim'Junior organisée par l'Association départementale des Francas de Meurthe-et-moselle.

Je m'engage à participer à l'ensemble des temps de formation et d'animation dans les centres de loisirs, ainsi qu'à respecter les règles de vie définies au cours des stages.

A ..... LE .....

**SIGNATURE DU STAGIAIRE**

## ENGAGEMENT DE L'ORGANISATEUR

Je soussigné(e) ..... responsable de l'association / collectivité ..... m'engage à l'égard du jeune cité ci-dessus :

- à l'accompagner tout au long de son parcours du module "engagement des jeunes"
- à régler la somme de .....€ dans le cadre du financement de son stage.

Coordonnées du tuteur : .....

A ..... LE .....

**SIGNATURE DU TUTEUR**



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (père, mère ou tuteur légal)

.....

Déclare autoriser ma fille/mon fils ..... à s'inscrire au module "Anim'Junior" et à participer à toutes les activités prévues.

J'autorise le responsable du stage 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 les animateurs du stage à transporter mon enfant dans leur véhicule (transferts vers les 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, rapports d'activité Francas à des fins non commerciales et non publicitaires.

À ..... LE .....

**SIGNATURE DU PÈRE, MÈRE OU TUTEUR**

**DOSSIER À RETOURNER À :**

.....

(1) : BARRER LA MENTION INUTILE



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	
Poliomyélite				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

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez .....

☐ oui    ☐ non  
☐ oui    ☐ non  
☐ oui    ☐ non

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 PORTABLE : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :



## PIÈCES À FOURNIR

- La Fiche d'inscription
- La Fiche sanitaire
- La photocopie du carnet de vaccinations
- Le bulletin d'adhésion complété (au nom du jeune)
- Le paiement de l'adhésion (5€ en espèces ou en chèque à l'ordre des Francas)

## COORDONNÉES ORGANISATEUR

LES FRANCAS DE MEURTHE ET MOSELLE  
8 Allée de Mondorf-Lès-Bains  
54500, Vandoeuvre-Lès-Nancy

### Équipe Fédérale

**Coordinatrice** : EL KINANA Dalila

[pratiqueseducatives@francas54.org](mailto:pratiqueseducatives@francas54.org)