



ESPACES LOISIRS  
ITINÉRANTS



COMITÉ RÉGIONAL  
BRETAGNE

## DOSSIER D'INSCRIPTION ELI

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :  Fille  Garçon

### Jours de présence : Inscriptions à la semaine prioritaires

*Semaine du 8 au 12 juillet :*

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

*Semaine du 15 au 19 juillet :*

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

*Semaine du 22 au 26 juillet :*

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

Nom et prénom des parents :

Tel :

Courriel :

**CAF/MSA :**

CAF  MSA

Numéro Allocataire

Quotient Familial

## AUTORISATIONS PARENTALES

Mon enfant rentre manger le midi au domicile : OUI  NON

Mon enfant sait nager : OUI  NON

J'autorise mon enfant à rentrer seul du centre : OUI  NON

J'autorise mon enfant à rentrer du centre uniquement avec d'autres enfants ou d'autres adultes :

OUI  NON

Précisez le nom de ces accompagnateurs et leur lien avec l'enfant :

--

J'autorise la FSCF à utiliser l'image de mon enfant pour ses supports de communication :

Rapport d'activité : Oui  Non

Site internet du Comité Régional : Oui  Non

Site internet de la Fédération : Oui  Non

Réseaux sociaux de la FSCF : Oui  Non

Je déclare sur l'honneur avoir une assurance Responsabilité Civile :

Je, soussigné Mme ou M. , ai bien pris connaissance des horaires d'activités (10h, 12h, repas, 14h, 18h).

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

*Les informations collectées dans ce dossier et les pièces annexées font l'objet d'un traitement. Le service Animation Jeunesse du Comité Régional FSCF Bretagne recueille et traite les informations demandées dans ce dossier pour les finalités suivantes : gestion des séjours ELI.*

*Les informations sont traitées par le service Animation Jeunesse et sont conservées pendant 1 an. Au-delà de cette durée, certaines informations feront l'objet d'un archivage intermédiaire avant d'être supprimées ou de faire l'objet d'un archivage définitif, dans les conditions prévues par les dispositions relatives aux archives.*

*Les informations recueillies sont également destinées à assurer votre enfant pendant l'Espace Loisir Itinérant et sont donc envoyées au siège de la FSCF.*

*Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité, de limitation, au traitement de vos données. Vous pouvez exercer ces droits auprès de Madame la présidente par courrier postal à cette adresse FSCF CR Bretagne BP 10303 35203 Rennes Cedex 2 ou par mail à cette adresse eli.bretagne@fscf.asso.fr. Vous pouvez adresser toute réclamation auprès de la CNIL.*

« Lu et approuvé »

Date :

Signature :

Pièces à joindre **obligatoirement** lors du dépôt en mairie pour la validation de l'inscription :

<b>Dossier complété</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Fiche sanitaire complétée</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Copie des Vaccinations</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Règlement intérieur signé</b>	
<b>Règlement de la somme due (voir tarifs)</b>	
<b>Copie quotient familial (CAF ou MSA)</b>	



DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION  
SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS



POLE ÉGALITÉ DES CHANCES  
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

## FICHE SANITAIRE de LIAISON

### Document confidentiel

**NOM DU MINEUR :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**  **SEXE :**  M  F

**DATES ET LIEU DU SEJOUR :**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

#### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

##### VACCINS OBLIGATOIRES :

Diphtérie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier rappel	<input type="text"/>
Tétanos :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier rappel	<input type="text"/>
Poliomyélite :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier rappel	<input type="text"/>

##### VACCINS RECOMMANDES (inscrire la date de vaccination) :

Coqueluche :	<input type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole :	<input type="text"/>
Haemophilus :	<input type="text"/>	Hépatite B :	<input type="text"/>
Pneumocoque :	<input type="text"/>	BCG :	<input type="text"/>
Autres (préciser) :	<input type="text"/>		

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

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :  Taille :

(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 : 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 particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Oui  Non

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM  PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL DOMICILE :  TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM et TEL du 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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :