



ESPACES LOISIRS
ITINÉRANTS



COMITÉ RÉGIONAL
BRETAGNE

DOSSIER D'INSCRIPTION ELI

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Fille Garçon

Jours de présence :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

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 :



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 :