de Meurthe-et-Moselle

les francas

L'éducation en mouvement !

La Colo' Francas !

Séjour d'été 2025 en Bretagne

Dossier d'inscription

À renvoyer au siège de l'association des Francas de Meurthe-et-Moselle
8 Allée de Mondorf-Lès-Bains 54500 Vandoeuvre-Lès-Nancy

Session 1 : du 13 au 22 juillet 2025
Session 2 : du 24 juillet au 2 août 2025
Session 3 : du 4 au 13 août 2025

Ces colonies de vacances en bord de mer de 15 jours sont ouvertes aux enfants de 7 à 11 ans et aux adolescents de 12 à 15 ans !
À la Maison de la Baie, située dans le village de Plounéour Trez, les enfants profiteront d'un hébergement à 600 mètres de la mer et pourront participer à de nombreuses activités telles que la pêche à pied, le kayak ou le char à voile.

de Meurthe-et-Moselle
les francas
L'éducation en mouvement !

LA COLO' FRANCAS
ÉTÉ 2025 - Bretagne

Session 1 ☐
Session 2 ☐
Session 3 ☐

SESSION 1 : Du 13 au 22 juillet 2025
SESSION 2 : Du 24 juillet au 2 août 2025
SESSION 3 du 4 au 13 août 2025

FICHE D'INSCRIPTION

7/11 ANS		12/14 ANS	

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

Né(e) le :

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Structure de rattachement :

DOCUMENTS À JOINDRE À CE DOSSIER

- Attestation Quotient Familial CAF à jour
- Photocopie du carnet de santé (page des vaccinations)
- Ordonnance / PAI si l'enfant a un traitement lors du séjour
- Un test d'aisance aquatique pour les activités nautiques (Kayak par exemple)
- Attestation de droits CPAM - (avec nom de l'enfant)

COORDONNÉES FAMILLE

Nom – Prénom du Responsable Légal 1 :

Adresse :

Tél Fixe :

Tél Portable :

E-mail :

Responsable Légal de l'Enfant : ☐ OUI ☐ NON

Employeur :

Tél employeur :

N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

Etes-vous d'un régime particulier ? : ☐ MSA ☐ Luxembourg ou Belgique ☐ AUTRES (précisez) : .....

COORDONNÉES FAMILLE (SUITE)

Nom – Prénom du Responsable Légal 2 :

Adresse :

Tél Fixe : Tél Portable :

E-mail : Responsable Légal de l'Enfant : ☐ OUI ☐ NON

Employeur : Tél employeur :

N° Allocataire CAF (7 chiffres) :

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

Etes-vous d'un régime particulier ? : ☐ MSA ☐ Luxembourg ou Belgique ☐ AUTRES (précisez) : .....

DÉCLARATION ET AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (personne responsable) : ....., certifie inscrire mon enfant : ..... à la colonie de vacances, suivant la ou les fiches annexées ci-jointes.

AUTORISATIONS

☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le cadre de la colonie de vacances, notamment les activités nautiques.

☐ J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif (bus, minibus…) dans le respect de la législation en vigueur.

☐ J'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.

☐ J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant réalisées dans le cadre de la colonie de vacances et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

Je signale le régime particulier alimentaire suivant pour mon enfant : ----------

Fait à ....., le .....

Signature Responsable Légal :

Demande d'autorisation d'utiliser des photographies de votre enfant.
Autorisation valable pour une durée de deux (2) ans

L'association départementale des Francas de Meurthe-et-Moselle peut être amenée à utiliser des photographies des enfants qui fréquentent ses accueils périscolaires et extrascolaires. Il s'agit de photographies de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous impose d'obtenir l'autorisation écrite préalable des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir compléter le talon ci-dessous. Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif.

Un refus de votre part aura pour conséquence de masquer/flouter le visage de votre enfant.

Fait à ..... Le .....
Je/Nous soussigné.e.s : .....
Responsable(s) légal(aux) de l'enfant : .....

Utilisation	Autorise	N'autorise pas
Rapport associatif d'activités		
Réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, site internet de l'Association)		
Affiches, flyers, communications des accueils		
Journaux régionaux et nationaux		
Communications des Communes et/ou Intercommunalités		

Signature du/des responsable(s) légal(aux)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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 ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ 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 :