



## Dossier inscription mini camp - Eté 2026

- ACM - 6/12 ans
- Projet Jeunes - 11/17 ans



# DOSSIER ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

	<b>DOCUMENTS A REMPLIR</b>
	<u>Document 1</u> : Bulletin d'inscription
	<u>Document 2</u> : Fiche sanitaire de l'enfant
	<u>Document 3</u> : Fiche de renseignements des responsables légaux
	<u>Document 4</u> : Fiche d'autorisations des responsables légaux
	<b>DOCUMENTS A FOURNIR PAR LA FAMILLE</b>
	Attestation d'assurance
	Photocopie du carnet de vaccinations
	Attestation test d'aisance aquatique (pour le camp de Thury Harcourt)
	<b>DOCUMENT ANNEXE</b>
	Tarifs des mini-camps





# DOCUMENT 1/4

# Bulletin d'inscription

Je, soussignée Mr / Mme ....., souhaite inscrire mon enfant (NOM / Prénom) ..... au(x) camp(s) suivant(s) :

**Du 6 au 10 juillet**  
5 jours 4 nuits



**Base de loisirs Thury Harcourt**  
Canoé-Kayak (test anti panique obligatoire)  
Tir à l'arc







**Du 13 au 17 juillet**  
5 jours 4 nuits




**Base de loisirs Thury Harcourt**  
Canoé-Kayak (test anti panique obligatoire)  
Escalade



**Du 20 au 24 juillet**  
5 jours 4 nuits

ACM 6-12 ans	Projet Jeunes 11-17 ans
 <b>RAID UFOLEP</b> <b>A partir de 8 ans</b> 	 <b>Camping de l'Oasis</b> 

**Du 27 au 31 août**  
5 jours 4 nuits

ACM 6-12 ans	Projet Jeunes 11-17 ans
 <b>Camping de l'Oasis</b> 	 <b>RAID UFOLEP</b> 

**Du 03 au 07 août**  
5 jours 4 nuits



**Camping de l'Oasis**  
Pêche à pied ; jeux de sable





# DOCUMENT 2/4

# Fiche sanitaire



<b>FICHE SANITAIRE</b>  <b>(centre de loisirs)</b>  <b>2025-2026</b>	<b>1- ENFANT</b> NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> AGE : _____
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
VACCINS OBLIGATOIRE					
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** à l'année ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

J'autorise les encadrants du temps périscolaires et extrascolaires à donner le traitement à mon enfant. Oui Non .

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### ALLERGIES :

ASTHME                                    oui  non                                     MEDICAMENTEUSES                    oui  non   
 ALIMENTAIRES                        oui  non                                     AUTRES                                        .....

Si un PAI ( Protocole Accueil Individualisé) est mis en place sur le temps scolaire , nous vous demandons de bien vouloir nous en communiquer une copie .

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

INDIQUEZ CI-APRES :

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE ; ACCIDENT ; CRISES CONVULSIVE ; HOSPITALISATION ; OPERATION ; REEDUCATION)  
EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 – MEDECIN TRAITANT**

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

NUMERO DE TELEPHONE : .....

**6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT** Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :



# DOCUMENT 3/4

# Fiche de renseignements



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026 Accueils de loisirs des mercredis et des vacances scolaires



Numéro CAF :

ou Numéro MSA :   
(fournir l'attestation MSA en cours)

### Enfant

NOM : \_\_\_\_\_

SEXE : F  M

Prénom(s) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LÉGAUX

#### PARENT 1

Autorité parentale : Oui  Non

NOM\* : \_\_\_\_\_ (\*suivi du nom de naissance) Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

date de Naissances : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone Travail : \_\_\_\_\_

Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

N° S. Sociale : \_\_\_\_\_

#### PARENT 2

Autorité parentale : Oui  Non

NOM\* : \_\_\_\_\_ (\*suivi du nom de naissance) Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

date de Naissances : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone Travail : \_\_\_\_\_

Numéro de poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

N° S. Sociale : \_\_\_\_\_

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

---

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

---

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ À appeler en d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Téléphone travail : \_\_\_\_\_

#### ASSURANCE DE L'ENFANT :

Responsabilité civile : Oui  Non  Individuelle accident : Oui  Non

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° police d'assurance : \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION (signer conjointement) (à cocher pour acceptation-ayer si refus)

- J'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs,  
 J'autorise l'affichage de ces mêmes photos dans l'enceinte de l'accueil de loisirs dans le cadre pédagogique

J autorise la diffusion de ces mêmes photos :

- sur le site internet de la Ligue de l'enseignement de Normandie  
 sur le portail famille de la ligue de l'enseignement  
 sur les brochures de communication

Date :

Signature parent :

Signature parent



## AUTORISATIONS DES RESPONSABLES LEGAUX 2025-2026

Je soussigné(e) ..... responsable légal, autorise l'enfant  
..... à :

### 1) Photographies et publications :

- La publication des photos/vidéos du participant prises au sein de l'accueil de loisirs (journaux locaux, site internet de la communauté de communes, blog du service, conseil départemental, ligue de l'enseignement ...)

OUI       NON

- L'utilisation des photos dans le centre de loisirs dans le but d'exposer des projets ou à des fins de communication avec les familles

OUI       NON

- L'utilisation des photos sur notre site facebook et twitter dans le but d'exposer des projets ou à des fins de communication avec les familles

OUI       NON

### 2) Responsabilités :

- Mon (mes) enfant(s) à partir seul après les temps d'accueils

OUI       NON

- Mon (mes) enfant(s) à être transporté dans le véhicule de la collectivité ou dans le véhicule d'un membre de l'équipe d'animation (véhicules assurés par la Ligue de l'Enseignement pour le transport de vos enfants)

OUI       NON

### 3) Maquillage et crème solaire :

- Mon (mes) enfant(s) à être maquillé dans le cadre des activités du centre

OUI       NON

- L'équipe pédagogique à appliquer de la crème solaire sur mon (mes) enfant(s)

OUI       NON

Fait à .....

Le ...../...../.....

Signature :



# ANNEXE

# TARIFS DES SEJOURS

Quotients familiaux	5 jours Aide CAF / MSA déduite	4 jours aide CAF / MSA déduite	3 jours aide CAF / MSA déduite
De 0 à 300 €	88.40 €	70.72 €	53.04 €
De 301 à 620 €	93€	74. 72 €	56.04 €
De 621 à 900 €	103€	86.80 €	57.40 €
De 901 à 1200 €	108€	90.80 €	60.40 €
De 1201 à 1800 €	113€	94.80 €	63.40 €
De 1801 à 9999 €	118€	98.80 €	66.40 €

Certaines mairies participent à cette prestation. Le coût journalier est à déduire au moment du règlement :

Commune de Bretteville/Laize	Commune de Gouvix	Commune de Cauvicourt	Commune de Saint-Germain le Vasson
4€ par jour et par enfant	5€ par jour et par enfant	7€ par jour et par enfant	4€ par jour et par enfant

## Règlements acceptés :

- Chèques
- Espèces
- CESU