

Nom
Prénom
Age et Classe
Mail du responsable

Dossier d'inscription des enfants de 9 à 17 ans

Raid sportif et citoyen

Du 4 au 6 juillet 2026



Ce dossier comprend :

Fiche individuelle de renseignements	
Fiche sanitaire (Direction Départementale de la Cohésion Sociale)	
Autorisation de droit à l'image	
Autorisation parentale	
Charte de bonne conduite	
Lettre aux parents	

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS
POUR LE RAID DU 4 AU 6 JUILLET 2026
CARTE ADHESION : 10€

Nom, prénom de l'enfant : né(e) le :

Ecole : Nom de l'instituteur : Classe :

Régime alimentaire : CLASSIQUE [] SANS PORC [] SANS VIANDE []

	Père	Responsable légal []	Mère	Responsable légal []
Nom, prénom				
Adresse du domicile				
Tél domicile/portable				
Nom et adresse de l'employeur				
Tel travail				

Adresse mail d'un parent indispensable pour faciliter les échanges :

Personnes à joindre en cas d'urgence :

.....

Nom de la ou des personnes susceptibles de venir récupérer mon enfant :

.....

N° allocataire CAF : Mère [] Père [] Département CAF :

Nombre d'enfants à charge

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire.

Nom de la compagnie : N° Contrat :

N° téléphone :

En cas d'accident et dans l'impossibilité de me joindre, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité de mon enfant, et à le transporter, en cas d'urgence, chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche.

Fait à le

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

II. VACCINATIONS

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		___/___/___
Du DT coq		___/___/___
Du Tétracoq		___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS		
DATES		VACCIN	DATES		VACCINS	
1 ^{er} VACCIN	___/___/___		1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	___/___/___		___/___/___	

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE			
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS			
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Mon enfant porte des lunettes oui non Est autorisé à être maquillé oui non
 Mon enfant sait nager oui non Est autorisé à aller à la piscine oui non
 Autres recommandations.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

 N° DE S.S. _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

Autorisation de reproduction et de représentation de photographies et/ou vidéos

Je soussigné(e),.....
Responsable de l'enfant.....
Né(e)
le.....
Habitant à.....

**Autorise, l'Association de Coordination Socioculturelle de Hayange (ACSH) à le
photographier et/ou à le filmer.**

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, nous autorisons l'ACSH à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre de la présente.

Les photographies et/ou vidéos pourront être exploitées et utilisées directement par l'ACSH ou être cédées à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, pour une durée indéterminée, intégralement ou par extraits et notamment :

Photo, Presse, Livre, Site internet, Vidéo, Exposition, Publicité ...

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies et/ou vidéos susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Nous reconnaissons être entièrement remplis de nos droits et nous ne pourrions prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

Fait à, le..... Signature

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Madame, Monsieur :

Adresse :

.....

Téléphone :

Autorise mon enfant :

A participer :

Raid sportif et citoyen du 4 au 6 juillet 2026 (gratuit)

Le responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise également, le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le(s) parent(s) :
(Signature)



CHARTRE DE CONDUITE

Dans le cadre des activités avec L'ACSH, je m'engage à :

- Respecter les règles de vies collectives fixées par les animateurs
- Respecter moralement les personnes avec qui je m'engage dans ce projet (jeunes comme adultes)
- Prendre soin du matériel que j'utilise
- Etre dynamique, motivé et participer de manière active au déroulement du projet
- Ne pas transporter, acheter, ni même consommer de substances illicites

Je m'engage à assumer la présente charte. Le non respect de cette dernière est susceptible de m'exclure du projet sans remboursement.

Le jeune :
(Nom, prénom, signature)

Le(s) parent(s) :
(Signature)

Madame, Monsieur,

Votre enfant est inscrit au RAID qui aura lieu du **4 au 6 Juillet 2026 à Hayange.**

Afin d'organiser au mieux cette aventure, voici quelques informations importantes à connaître.

Le rendez-vous est fixé à **13h, le samedi 4 juillet 2026**, au stade de Guy de Wendel d'Hayange qui se situe au **2 rue du stade, 57290 Serémange-Erzange. L'hébergement se fera sous toile.**

Le contact du responsable sur place (**en cas de réelle nécessité**) :
Ledra Hafed au 07 77 95 74 14

Pour ce mini séjour, votre enfant devra également se munir de :

- Un sac à dos.
- Nécessaire de toilette
- Serviette de piscine + maillot de bain
- Pyjama
- Habit chaud pour les soirées
- Affaire de sport (en fonction du temps)
- Vêtements et sous-vêtements en nombre suffisant pour le séjour
- 1 Gourde
- Chapeau ou casquette
- Lunettes de soleil
- Crème solaire

La fin du séjour est prévue le lundi 6 juillet à 18h. Pensez à vous organiser pour venir récupérer votre enfant à ce moment-là.

L'équipe de l'ACSH vous remercie de votre confiance.

Ledra Hafed
Responsable du séjour