



Afin de finaliser l'inscription, merci de veiller à :

- joindre le paiement
- remplir toutes les rubriques de l'inscription ci-dessous et de la fiche sanitaire (verso)
- RGPD : case à cocher au verso sur la fiche sanitaire
- joindre une copie du carnet de vaccinations

- INFORMATIONS À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT -

Nom (du jeune) : Prénom :
Né(e) le : Sexe : ☐ fille / ☐ garçon
Tél. (portable) : Email :

13/04	☐ Lundi'Ried	5€
14/04	☐ Journée scrapbooking	5€
	☐ Après-midi créative	2€
15/04	☐ Piscine Europabad	35€
16/04	☐ Matinée créative	2€
	☐ Parcours citoyen / Spectacle	Gratuit
17/04	☐ Petit déj' du CJ (réservé CJ)	Gratuit
	☐ Rando aux alentours Sélestat	
	☐ L'AJ s'occupe du billet de train A/R : 8€	
	☐ Billet A/R fourni par les parents : Gratuit	
	☐ Après-midi créative	2€
20-21/04	☐ Stage théâtre	Gratuit
20/04	☐ Troc patate à Strasbourg	
	☐ L'AJ s'occupe du billet de train A/R : 15€	
	☐ Billet A/R fourni par les parents : Gratuit	

21/04	☐ Initiation Padel	5€
	☐ Atelier doublage	2€
	☐ Soirée Karaoké, Blind Test...	5€
22/04	☐ Gaufres party & Jeux de société	2€
	☐ Grand jeu Among Us	2€
23/04	☐ Patinoire	
	☐ L'AJ s'occupe du billet de train A/R : 22€	
	☐ Billet A/R fourni par les parents : 7€	
	☐ Spectacles au Planétarium	8€
24/04	☐ Ciné + Métiers de la Nature	Gratuit
	☐ Atelier pâtisserie	3€
	☐ Monde des chauves-souris	Gratuit

TOTAL :

Merci de remplir toutes les informations pour chaque parent.

Parent 1 (tuteur, ou responsable) :

NOM, Prénom :
Adresse :
.....
CP : Ville :
Tél :
Port. :
Email :

Parent 2 :

NOM, Prénom :
Adresse :
.....
CP : Ville :
Tél :
Port. :
Email :

☐ Régime général ou local :

ou ☐ Régime spécial :



N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

☐ MSA, précisez n° :

Mon enfant est autorisé à rentrer seul à la fin des activités :

☐ OUI ☐ NON

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées aux autres parents dans le cadre de la mise en place d'un covoiturage (nous consulter) : ☐ OUI ☐ NON

Fait le à

Signature :

RÈGLEMENT (PARTIE RÉSERVÉE À L'ANIMATION JEUNESSE)

☐ belami ☐ tableau

Règlement de : € ☐ ESP ☐ CHQ ☐ ANCV ☐ Avoir de €

Chèques à libeller à l'ordre de la FDMJC Alsace

☐ Vaccins ☐ Fiche Sanitaire ☐ Autorisation de sortie de territoire ☐ CNI jeune ☐ CNI parent



FICHE SANITAIRE

DOCUMENT DE LIAISON

CONFIDENTIEL

Mise à jour 09/2025

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRÉNOM :
Date de naissance : / /
Sexe : ☐ Garçon / ☐ Filles

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

1. VACCINATION (se référer et joindre une copie du carnet de santé et/ou certificats de vaccination et/ou de contre-indication vaccinale)

VACCINS OBLIGATOIRES*			
Vaccins	Oui	Non	Derniers rappels
Diphthérie*			
Tétanos*			
DT Polio*			

* L'obligation vaccinale pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018 porte uniquement sur 3 vaccins : Diphthérie, Tétanos, DT Poliomélie. Pour les enfants nés après cette date, l'obligation porte bien sur l'ensemble des autres pathologies.

VACCINS RECOMMANDÉS / AUTRES :			
BCG			
Autre :			

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical ? ☐ 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.**

Suit-il un régime alimentaire ? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui : ☐ Végétarien / ☐ Sans porc / ☐ Autre :

A-t-il déjà eu les ALLERGIES suivantes ?
(informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant)

Allergènes	Oui	Non
Médicamenteuses	☐	☐
Autres (animaux, plantes, pollen...)	☐	☐
Asthme	☐	☐
Crème solaire	☐	☐
Anti-moustique	☐	☐

Allergies : Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (ENFANT ET FAMILLES) / RÉGLEMENTATION RGPD :

☐ Je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre des dossiers d'inscription aux activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires pour permettre à la FDMJC Alsace la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées 3 ans.

☐ J'autorise la FDMJC Alsace, dans le respect du secret professionnel, à communiquer aux seules personnes et organismes concernés par la gestion de ce dossier, les informations à caractère personnel/médical nécessaires.

☐ J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre des activités organisées par la FDMJC D'ALSACE (activités, sorties, manifestations, séjours...). Ces films/photos pourront être utilisés (dans un but non commercial uniquement) pour des publications et supports de communication (presse, internet, réseaux sociaux) de la FDMJC ALSACE et de la collectivité partenaire de l'Animation Jeunesse sans limitation de durée.

Conformément à la loi, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition que je peux exercer à tout moment auprès de la FDMJC Alsace, 8 rue du Maire François Nuss - 67118 GEISPOLSHHEIM ou rgpd@fdmjc-alsace.fr.

A-t-il déjà eu les MALADIES suivantes ?
(informations facultatives mais recommandées pour une meilleure prise en charge de votre enfant)

	Oui	Non	Otitte	Oui	Non
Rubéole	☐	☐	☐	☐	☐
Varicelle	☐	☐	☐	☐	☐
Angine	☐	☐	☐	☐	☐
Coqueluche	☐	☐	☐	☐	☐
Rhumatisme articulaire aigu	☐	☐	☐	☐	☐

3. RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc... :

.....

.....

Votre enfant présente-t-il un **handicap nécessitant une prise en charge particulière** ou une adaptation des conditions d'accueil ? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui merci de préciser les mesures de prise en charge ou d'adaptation retenue :

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **plan d'accueil individualisé (PAI)** ? ☐ Oui / ☐ Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** ? ☐ Oui / ☐ Non

4. LE(S) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : Prénom :
ADRESSE :
Tél en cas d'urgence : Autre Tél :

Responsable N°2 : NOM : Prénom :
ADRESSE :
Tél en cas d'urgence : Autre Tél :

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :

Je, soussigné(e), 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :