



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 : .....

10-14/02	<input type="checkbox"/> Séjour Trappeur à Baerenthal	200€	17-19/02	<input type="checkbox"/> Stage : Peinture sur toile	5€
10/02	<input type="checkbox"/> Atelier couture	5€	17/02	<input type="checkbox"/> L'appel de la nature : Rando	2€
11/02	<input type="checkbox"/> Troc'Patate	5€		<input type="checkbox"/> Jeux d'enquête	2€
12/02	<input type="checkbox"/> Atelier pâtisserie	2€	18/02	<input type="checkbox"/> Initiation Yu-Gi-Oh	2€
	<input type="checkbox"/> Mercre'Ried	5€		<input type="checkbox"/> Relais Citoyen Intersecteur	Gratuit
13/02	<input type="checkbox"/> Atelier cuisine pour la maraude	Gratuit	19/02	<input type="checkbox"/> Initiation au Handball	Gratuit
	<input type="checkbox"/> Initiation et tournoi d'échecs	2€		<input type="checkbox"/> Rythmes en Jeux	2€
14/02	<input type="checkbox"/> Maraude avec l'AJ Wissembourg	Gratuit	20/02	<input type="checkbox"/> Prépare ton séjour de l'été	Gratuit
	<input type="checkbox"/> Création de court-métrage	5€		<input type="checkbox"/> Fabrique à masque	5€
			21/02	<input type="checkbox"/> Trampoline Park	25€

**TOTAL :**

### Merci de remplir toutes les informations pour chaque parent.

#### Parent 1 (tuteur, ou responsable) :

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

 CP : ..... Ville : .....  
 Tél : .....

Port. : .....

Email : .....

Employeur : .....

#### Parent 2 :

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....  
 Tél : .....

Port. : .....

Email : .....

Employeur : .....

Régime général ou local :

ou  Régime spécial :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

MSA, précisez n° : .....

Conseil de l'Europe

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 ou  tableau

Chèques à libeller à l'ordre de la FDMJC Alsace

..... € par **chèque** n° ..... Banque : ..... Guichet : ..... Date : ..... / ..... / .....

..... € en **ANCV** n° ..... à ..... Date de validité : ..... / ..... / .....

..... € en **espèces**. Date : ..... / ..... / .....

Vaccins  Fiche Sanitaire

**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.

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 GEISPOLSCHEIM ou rgpd@fdmjc-alsace.fr.

J'ai déjà rempli une fiche sanitaire de liaison au cours des vacances :  d'été 2024  d'automne 2024  programme mensuel du mois de .....  
et j'atteste que les informations sont toujours à jour. Date et Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

**Valable pour toute l'année scolaire.**



Nom et prénom : .....  Fille  
date de naissance : .....  Garçon

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

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

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins obligatoires	derniers rappels
Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
ou DT Polio <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
ou Tétracoq <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....

Vaccins recommandés	dates
Hépatite B	..... / ..... / .....
Rubéole-Oreillons-Rougeole	..... / ..... / .....
Coqueluche	..... / ..... / .....
Haemophilus	..... / ..... / .....
Pneumocoque	..... / ..... / .....
BCG	..... / ..... / .....
Autre :	..... / ..... / .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 pris sans ordonnance.

Suit-il un régime alimentaire ?  oui  non

Si oui,  végétarien  sans porc  autre : .....

A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Asthme  oui  non
- Alimentaires  oui  non
- médicamenteuses  oui  non
- crème solaire  oui  non
- anti-moustique  oui  non
- autres  oui  non  
(animaux, plantes, pollen...)

- Rubéole  oui  non
- Varicelle  oui  non
- Angine  oui  non
- Scarlatine  oui  non
- Coqueluche  oui  non

- Otite  oui  non
- Rougeole  oui  non
- Oreillons  oui  non
- Rhumatisme  oui  non
- articulaire aigu  oui  non

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

Indiquez ci-après les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter : .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problèmes d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ?  oui  non

Si oui, précisez : .....

## LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant l'activité : .....

téléphone en cas d'urgence : ..... autre téléphone : .....

Nom du médecin traitant : ..... téléphone du médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) : .....

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

Fait le ..... à .....  
signature :