



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).

Inscriptions à déposer au plus tard le 20/04 à 16h. Passé ce délai, contacter Sébastien par sms.

**- INFORMATIONS À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT -**

Nom (du jeune) : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Tél. (portable) : ..... Email : .....

<input type="checkbox"/>	23/04	Bowling (préciser pointure : _____)		8€	<input type="checkbox"/>	30/04	Atelier Cupcakes	4€
<input type="checkbox"/>	24/04	Initiation à l'impro		4€	<input type="checkbox"/>	02/05	Et cet été, on fait quoi ?	Gratuit
<input type="checkbox"/>	25/04	Jeux & Croque-Monsieurs		3€	<input type="checkbox"/>	02/05	Séance ciné : Croc Blanc _____ x	3€
<input type="checkbox"/>	26/04	Journée projet de jeunes		Gratuit	<input type="checkbox"/>	03/05	Trampoline & Spectacle  _____ x	18€
<input type="checkbox"/>	26/04	One Man Show : Laurent Arnoult _____ x		10€	<input type="checkbox"/>	04/05	Tournoi Futsal	2€
<input type="checkbox"/>	27/04	Après-midi belge		3€				
<input type="checkbox"/>	28/04	Sainte-Croix en famille _____ x		20€				
<input type="checkbox"/>	24/04 + 26/04	PACK CULTURE		12€				



Pour les sorties avec le picto "transport en car", je prendrai le car à :  Soultz-sous-Forêts  Hatten

**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 :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) : \_\_\_\_\_



ou  Régime spécial :

MSA, précisez n° : \_\_\_\_\_

Travailleur frontalier :

France  Autre : \_\_\_\_\_

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

J'autorise le responsable à prendre toutes les dispositions qu'il jugerait utiles en cas d'accident ou de malaise survenu à mon enfant. Je demande à être prévenu dans les plus brefs délais. Les frais de transport ou d'hospitalisation de mon enfant seront à ma charge. Au retour de l'activité, si je ne suis pas présent(e) pour prendre en charge mon enfant, je décharge l'organisateur de sa responsabilité et j'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après qu'il ait été déposé à l'endroit défini au préalable. J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre de ces activités. Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de la FDMJC Alsace sans limitation de durée. Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association, et organismes financeurs bas-rhinois (CAF, Conseil Départemental, etc...). En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la structure (périscolaire ou animation jeunesse) dont vous dépendez.

**J'ai déjà rempli une fiche pendant :  Vacances d'Automne 2017  Vacances d'Hiver 2018 et j'atteste que les informations sont à jour. Sinon, merci de remplir la fiche suivante :**

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE de LIAISON**

Enfant : ..... Date de naissance : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq				BCG	

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

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

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 pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?**

**ALLERGIES :**  
 ASTHME oui non  
 ALIMENTAIRES oui non  
 MEDICAMENTEUSES oui non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

**Régime Alimentaire**

Sans porc

Végétarien

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.  
 .....  
 .....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non  
 .....  
 .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	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"/>	

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :  
 .....  
 .....

**4- RESPONSABLE DU MINEUR :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
**TEL DOMICILE :** ..... **TEL TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....  
**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° Sécurité Sociale** (dont dépend l'enfant): ..... **(Obligatoire)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
 J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Date :** ..... **Signature du responsable légal :** .....