



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 06 juillet à 16h. Passé ce délai, contacter Sébastien par sms pour vérifier la disponibilité des activités souhaitées.

- INFORMATIONS À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT -

Nom (du jeune) : Prénom :
Né(e) le :
Tél. (portable) : Email :

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|---|--|---------|--|---|---|---------|---------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 09/07 | Europapark | | 40€ | <input type="checkbox"/> | 03/08 | Mômes en scène | | _____ x | 8€ | |
| <input type="checkbox"/> | 10/07 | Demi-Finale Coupe du Monde | | 0€ | <input type="checkbox"/> | 04/08 | Illuminations Strasbourg | | _____ x | 10€ | |
| <input type="checkbox"/> | 11/07 | Demi-Finale Coupe du Monde | | 0€ | <input type="checkbox"/> | 06/08 | Nature'lich | | | 5€ | |
| <input type="checkbox"/> | 12/07 | Accrobranche | | 20€ | <input type="checkbox"/> | 08/08 | Skate park | | | 7€ | |
| <input type="checkbox"/> | 13/07 | Piscine à Wörth | | 10€ | <input type="checkbox"/> | 09/08 | Escalade | | | 22€ | |
| <input type="checkbox"/> | 15/07 | Finale Coupe du Monde | | 0€ | <input type="checkbox"/> | 10/08 | Happy friday : geek | | | 3€ | |
| <input type="checkbox"/> | 18/07 | Trampoline park | | 16€ | <input type="checkbox"/> | 10/08 | Journée pêche <input type="checkbox"/> avec materiel <input type="checkbox"/> sans materiel | | | 2€ | |
| <input type="checkbox"/> | 19/07 | Foot indoor | | 25€ | <input type="checkbox"/> | 11/08 | Molkky en famille | _____ x | | 0€ | |
| <input type="checkbox"/> | 19/07 | Stride park <input type="checkbox"/> 35€ sans location <input type="checkbox"/> 45€ avec location | | | <input type="checkbox"/> | 13/08 | Initiation équitation | | | 22€ | |
| <input type="checkbox"/> | 20/07 | Happy friday : jeux de société _____ x | | 18€ | <input type="checkbox"/> | 16-17/08 | Mini-séjour à Bitche | | | 45€ | |
| <input type="checkbox"/> | 23/07 | Perspectives photos | | 1€ | <input type="checkbox"/> | 17/08 | Happy friday : jeux de société _____ x | | | 0€ | |
| <input type="checkbox"/> | 25/07 | Skate park | | 12€ | <input type="checkbox"/> | 20/08 | Rando vélo | | | 2€ | |
| <input type="checkbox"/> | 26/07 | Water jump | | 20€ | Ptit dèj' _____ x 3€ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 27/07 | Happy friday : film | | 3€ | <input type="checkbox"/> 10/07 <input type="checkbox"/> 17/07 <input type="checkbox"/> 24/07 <input type="checkbox"/> 31/07 <input type="checkbox"/> 07/08 <input type="checkbox"/> 14/08 <input type="checkbox"/> 21/08 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 27/07 | Journée pêche <input type="checkbox"/> avec materiel <input type="checkbox"/> sans materiel | | 2€ | City tour (Gratuit) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 28/07 | Parc animalier | | _____ x | 12€ | <input type="checkbox"/> 17/07 <input type="checkbox"/> 24/07 <input type="checkbox"/> 31/07 <input type="checkbox"/> 07/08 <input type="checkbox"/> 14/08 <input type="checkbox"/> 21/08 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 01/08 | Fabrication de carillon | | 0€ | TOTAL€ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 01/08 | Skate park | | 7€ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 02/08 | Après-midi cuisine | | 4€ | | | | | | | |



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 :

Régime général ou local :

ou Régime spécial :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

MSA, précisez n° :

Travailleur frontalier :

France Autre :

CAF DU BAS-RHIN

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** **Vacances de Printemps 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 | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou 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 DÉJÀ EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :
 ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES 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 :**