

INSCRIPTION / AUTORISATION PARENTALE



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).

- INFORMATIONS À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT -

Nom (du jeune) : Prénom :

Né(e) le : fille / garçon

Tél. (portable) : Email :

<input type="checkbox"/>	23/04	P'tit déj	2€	<input type="checkbox"/>	30/04	Parc de l'Orangerie/bowling	10€	
<input type="checkbox"/>	23/04	Piscine	4€	<input type="checkbox"/>	30/04	Anim de rue : Pétanque	2€	
<input type="checkbox"/>	24/04	Tournoi théâtre d'impro	2€	<input type="checkbox"/>	02-03/05	Mini-camp aventure	60€	
<input type="checkbox"/>	24/04	Mix'âges	2€	<input type="checkbox"/>	02/05	Journée photo	3€	
<input type="checkbox"/>	25/04	Atelier bateaux Pop Pop	2€	<input type="checkbox"/>	02/05	Karoké-Fajitas	5€	
<input type="checkbox"/>	25/04	Ramen ta fraise	5€	<input type="checkbox"/>	03/05	Stage Techniciens	3€	
<input type="checkbox"/>	25+26/04	Stage «Allô la Terre» (2j.)	3€	<input type="checkbox"/>	03/05	Chaud chocolat !	8€	
<input type="checkbox"/>	OU <input type="checkbox"/>	25/04 : Merc. / <input type="checkbox"/>	26/04 : Je.	2€	<input type="checkbox"/>	04/05	C'est fait maison	1€
<input type="checkbox"/>	26/04	Fabrik à l'arc	2€	<input type="checkbox"/>	04/05	Atelier théâtre d'impro	3€	
<input type="checkbox"/>	26/04	Pêche en famille _____ x3€		<input type="checkbox"/>	04/05	Spectacle d'impro/théâtre		
		<input type="checkbox"/>	j'ai mon matériel de pêche					
<input type="checkbox"/>	27/04	Ciné/Débat : -18ans : _____ x0€						
			adultes : _____ x5€					
<input type="checkbox"/>	27/04	Promenade tranquillos	2€					

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° : _____

Travailleur frontalier :

France Autre : _____

CAP DU BAS-RHIN

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

Fait le à

Signature :

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées aux autres parents dans le cadre de la mise en place d'un covoiturage (mail obligatoire) :

OUI NON

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 sanitaire durant les vacances : de la Toussaint 2017 d'Hiver 2018 et j'atteste que les informations sont toujours à jour.

Dans le cas contraire, merci de remplir l'intégralité des informations ci-dessous.

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
Diphtérie				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"/>								
Coqueluche		Otitite		Rougeole		Oreillons			
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 :