



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 :

05/04	☐ Spectacle (+12ans)	Gratuit
06-13/04	☐ Séjour Natur' Extrême - COMPLET	250€
07/04	☐ P'tit déj du CJ (réservé au CJ)	Gratuit
	☐ Anim'2 rue	Gratuit
	☐ Visite Neuf-Brisach + Mause	5€
08/04	☐ Fabrication de maquettes	2€
	☐ Spectacles Science	5€
	☐ Matinée Coiffure	2€
09/04	☐ Atelier Cocktails	2€
	☐ Création grand jeu	2€
10/04	☐ Tournoi multisports	2€
	☐ Parcours Citoyen	2€
11/04	☐ Journée pantoufles	2€

14/04	☐ Piscine Europabad	30€
15/04	☐ Les secrets de la forêt...	Gratuit
	☐ Tournoi de pétanque	2€
16/04	☐ Fabrik'à t-shirts	5€
	☐ Chasse au trésor géante	2€
	☐ Atelier pâtisserie	2€
17/04	☐ Jeudi'ried : jeux-vidéos	Gratuit
	☐ C'est fait maison	5€

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 :



N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

ou ☐ Régime spécial :

☐ 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 ☐ Autorisation de sortie de territoire ☐ CNI jeune ☐ CNI parent

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.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Coqueluche	
Tétanos	☐	☐		Haemophilus	
Poliomyélite	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<u>ou</u> DT Polio	☐	☐		Hépatite B	
<u>ou</u> Tétracoq	☐	☐		Pneumocoque	
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication			BCG		
			Autre :		

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 :

Indiquez 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 :

A-t-il déjà eu les ALLERGIES suivantes ?	
Asthme	☐ Oui ☐ Non
Alimentaires	☐ Oui ☐ Non
Médicamenteuses	☐ Oui ☐ Non
Crème solaire	☐ Oui ☐ Non
Anti-moustique	☐ Oui ☐ Non
Autres (animaux, plantes, pollen...)	☐ Oui ☐ Non

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

A-t-il déjà eu les MALADIES suivantes ?			
Rubéole	☐ Oui	☐ Non	☐ Oïte
Varicelle	☐ Oui	☐ Non	☐ Rougeole
Angine	☐ Oui	☐ Non	☐ Oreillons
Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	☐ Scarlatine
Rhumatisme articulaire aigu	☐ Oui	☐ Non	
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non

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

Responsable N°1 : NOM : Prénom :

ADRESSE :

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

 Tél en cas d'urgence : Autre Tel :

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché :
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 :