

# Inscription - été 2021 Secteur BENFELD

Programme sur nos réseaux : Animation Jeunesse Secteur Benfeld @ajbenfeld

**!** 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  
Attestation sur l'honneur (niveau de nage de mon enfant) :  ne sait pas nager  débutant  moyen  bon  
Tél. (portable) : ..... Email : .....

## Activités à la carte

<input type="checkbox"/>	07/07	Atelier Glisse	4€	<input type="checkbox"/>	21/07	Initiation Hip-Hop	2€	<input type="checkbox"/>	09/08	Tournoi de football	Gratuit
<input type="checkbox"/>	12/07	Rénov' AJ	Gratuit	<input type="checkbox"/>	29/07	Fais ton cirque	6€	<input type="checkbox"/>	10/08	Quidditch Time	Gratuit
<input type="checkbox"/>	19/07	Atelier Glisse	4€	<input type="checkbox"/>	02/08	Jeux de rôle	4€	<input type="checkbox"/>	11/08	Jeux de rôle	4€
<input type="checkbox"/>	19/07	Fais ton cirque	4€	<input type="checkbox"/>	03/08	Stras by night (+14 ans)	6€	<input type="checkbox"/>	12/08	Baignade Hutt.	2€
<input type="checkbox"/>	20/07	Défi Fou	Gratuit	<input type="checkbox"/>	04/08	BBQ + Jeux	1€	<input type="checkbox"/>	13/08	Summer Putz	Gratuit
<input type="checkbox"/>	21/07	Rando Nature	Gratuit	<input type="checkbox"/>	05/08	Plan d'eau	2€				

Les **journées escalade-kayak** étant limitées à une journée/jeune, merci d'indiquer votre disponibilité et votre préférence (choix #1, #2, etc...).

Ne cochez que les cases  des dates auxquelles vous êtes disponibles.

<input type="checkbox"/>	07/07	Préférence : <input type="radio"/> #1 <input type="radio"/> #2 <input type="radio"/> #3 <input type="radio"/> #4	20€
<input type="checkbox"/>	12/07	Préférence : <input type="radio"/> #1 <input type="radio"/> #2 <input type="radio"/> #3 <input type="radio"/> #4	20€
<input type="checkbox"/>	19/07	Préférence : <input type="radio"/> #1 <input type="radio"/> #2 <input type="radio"/> #3 <input type="radio"/> #4	20€
<input type="checkbox"/>	02/08	Préférence : <input type="radio"/> #1 <input type="radio"/> #2 <input type="radio"/> #3 <input type="radio"/> #4	20€

## Stages

<input type="checkbox"/>	07 au 09/07	Stage Couture (réservé aux jeunes de l'atelier)	0€
<input type="checkbox"/>	20 au 21/07	Stage Micro-Fusée	20€
<input type="checkbox"/>	22 au 23/07	Stage Glisse	10€



**Caravane des animations** Inscription sur place.  
infos et programme détaillé sur facebook (cf programme)

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 : ..... / ..... / .....

RGPD  Carte d'identité  Autorisation de sortie de territoire  Diplôme de natation  Attestation sur l'honneur

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. 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, CEA, 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 :**  d'Hiver 2021  d'Automne 2020  
**et j'atteste que les informations sont toujours à jour.**

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



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON



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	..... / .....	..... / .....
Polio	<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	..... / .....
Autre :	..... / .....
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 ?

- Asthme  oui  non
- Alimentaires  oui  non
- médicamenteuses  oui  non
- crème solaire  oui  non
- anti-moustique  oui  non
- autres  oui  non

(animaux, plantes, pollen...)

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

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- 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

Est-il atteint de troubles de la santé ou de handicap ?  oui  non

Si oui, précisez : .....

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 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 :