

INSCRIPTION / AUTORISATION PARENTALE

HIVER 2019

- !** 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"/>	11/02	Patinoire - Pointure : ____	8€*	<input type="checkbox"/>	15/02	Family Game	Gratuit
<input type="checkbox"/>	12/02	Part'âge !	1€*	<input type="checkbox"/>	18/02	P'tit déj' et jeux	2€*
<input type="checkbox"/>	12/02	Five (futsal)	6€*	<input type="checkbox"/>	18/02	Atelier création	3€*
<input type="checkbox"/>	12/02	Soirée jeu de rôle	3€*	<input type="checkbox"/>	19-21/02	Fabrik'à chansons	5€*
<input type="checkbox"/>	13/02	Console et jeux	1€*	<input type="checkbox"/>	19/02	Boule de neige	4€*
<input type="checkbox"/>	13/02	Pâtissier en herbe	3€*	<input type="checkbox"/>	20/02	Soirée au trèfle (+14 ans)	20€*
<input type="checkbox"/>	14/02	Raquettes - Pointure : ____	8€*	<input type="checkbox"/>	21/02	Tournoi des 3 ballons	2€*
<input type="checkbox"/>	14/02	Spectacle d'humour #1 : _____ <input type="radio"/> ad. / <input type="radio"/> -12a date de naissance : _____ #2 : _____ <input type="radio"/> ad. / <input type="radio"/> -12a date de naissance : _____ #3 : _____ <input type="radio"/> ad. / <input type="radio"/> -12a date de naissance : _____	8€/ad. - 0€/enf. (merci de préciser nom/prénom/date de naissance)	<input type="checkbox"/>	21/02	C Fait Maison	5€*
				<input type="checkbox"/>	22/02	Raclette et jeux	5€*

TOTAL :

<input type="checkbox"/>	* Carte de membre 2018/2019 (obligatoire)	8€
<input type="radio"/>	J'ai déjà une carte de membre	

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

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 de liaison au cours des vacances d'automne 2018 et j'atteste que les informations sont toujours à jour. **Date et Signature :**



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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Vaccins obligatoires	derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphthérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / /	Hépatite B / /
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / /	Rubéole-Oreillons-Rougeole / /
Poliomyélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / /	Coqueluche / /
ou DT Polio <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / /	BCG / /
ou Tétracoq <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / /	Autre(s) : / /

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
- Varielle oui non
- Angine oui non
- Scarlatine oui non
- Coqueluche oui non
- Otite oui non
- Rougeole oui non
- Oreillons oui non
- Rhumatisme articulaire aigu oui non

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 :