



BULLETIN D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

du 1^{er} septembre 2024 au 31 août 2025

(partie réservée
à l'Animation Jeunesse)
Date de réception :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription aux activités proposées par l'Animation Jeunesse FDMJC ALSACE au cours de l'année (ateliers, vacances, séjours...).

Ce document n'est à remplir qu'une seule fois par enfant en début d'année scolaire (ou pour toute 1^{ère} inscription en cours d'année). **Merci de signaler tout changement** (responsable légal/tuteur, adresse, mail...) **survenu en cours d'année**.

LE JEUNE

Nom (du jeune) : Prénom : ☐ Garçon / ☐ Fille
Né(e) le : N° de sécurité sociale :
Tél. (portable) : Email :
Assureur RC + N° contrat :

PARENTS, TUTEUR, RESPONSABLES

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 :
N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

ou ☐ Régime spécial :

☐ MSA, précisez n° :
☐ Conseil de l'Europe

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (ENFANT ET FAMILLE) / RÈGLEMENTATION RGPD

Les informations demandées font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association, et organismes financeurs bas-rhinois (CAF, Collectivité Européenne d'Alsace, etc...). En application des articles 39 et suivants de la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, et d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment auprès de l'Animation Jeunesse de votre secteur, ou de la Fédération des Maisons des Jeunes et de la Culture (8, rue du Maire François Nuss - 67118 GEISPOLSHHEIM) ou rgpd@fdmjc-alsace.fr.

• **Je reconnais avoir été informé(e)** que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre des dossiers d'inscription aux activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires pour permettre à la FDMJC ALSACE la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées 3 ans.

• **J'autorise** la FDMJC ALSACE, dans le respect du secret professionnel à communiquer aux seules personnes et organismes concernés par la gestion de ce dossier, les informations à caractère personnel / médical nécessaires.

DROITS À L'IMAGE

J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre des activités organisées par la FDMJC D'ALSACE (activités, sorties, manifestations, séjours...). Ces films/photos pourront être utilisés (dans un but non commercial uniquement) pour des publications et supports de communication (presse, internet, réseaux sociaux) de la FDMJC ALSACE et de la collectivité partenaire de l'Animation Jeunesse sans limitation de durée. En cas de refus, je le signale par écrit au responsable de l'Animation Jeunesse FDMJC.

SÉCURITÉ - ASSURANCE

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. L'organisateur s'engage à déclarer l'accident à son assureur (MAIF, sociétaire n°0902475 B) afin d'assurer la prise en charge des frais dans la limite des garanties, franchises et plafonds prévus au contrat.

Fait le à

Merci de remplir également
la Fiche Sanitaire de Liaison →

Signature (du tuteur, ou responsable légal) :

Signature du 2e parent (si parents divorcés) :



Joindre obligatoirement la **copie** du carnet de vaccination

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

1. VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

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

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires,
joindre un certificat médical de contre-indication.**

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

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 :

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

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 :

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	Otite	☐ Oui	☐ Non
Varicelle	☐ Oui	☐ Non	Rougeole	☐ Oui	☐ Non
Angine	☐ Oui	☐ Non	Oreillons	☐ Oui	☐ Non
Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	Scarlatine	☐ Oui	☐ Non
Rhumatisme articulaire aigu	☐ Oui	☐ Non			

3. RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS

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

4. LE(S) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

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 :

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :

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 :