



Programme sur nos réseaux : Animation Jeunesse EDDDA @animation_jeunesse_eddda
ou sur demande par mail

! Afin de finaliser l'inscription, merci de veiller à :
- joindre le paiement
- remplir toutes les rubriques de l'inscription ci-dessous (à chaque période de vacances) et de la fiche sanitaire (une fois par année scolaire, sauf changement).

- INFORMATIONS À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT -

Nom (du jeune) : Prénom :
Né(e) le : Sexe : fille / garçon
Tél. (portable) : Email :

Activités à la carte

<input type="checkbox"/>	13/02	Foot en salle et visite du Graffalgar <input type="checkbox"/> carte de train <input type="checkbox"/> 6€	15€
<input type="checkbox"/>	14/02	A la découverte du Maroc	8€
<input type="checkbox"/>	15/02	Parcours citoyen et visite de la CEA <input type="checkbox"/> présent(e) au temps de préparation le 10/02	Don alimentaire
<input type="checkbox"/>	16/02	Film et chocolat chaud	4€
<input type="checkbox"/>	17/02	Tik tok, snap...ça t'éclate ?	3€
<input type="checkbox"/>	20-22/02	Mini-camp Nature	70€
<input type="checkbox"/>	23/02	Goûter jeunes	Don alimentaire
<input type="checkbox"/>	24/02	Sortie neige	3€

- Carte de membre individuelle 2022-2023* 8€
- Carte de membre famille 2022-2023* 12€
- Je possède déjà ma carte de membre 2022/2023 à EDDDA Molsheim Mutzig

* La carte acquise durant l'été sera valable pour 2022-2023.

Total :

Les dons alimentaires sont collectés au profit de la Banque Alimentaire.

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

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 aux informations qui vous concernent, de rectification, et d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment auprès de l'Animation Jeunesse l'Animation Jeunesse du Canton d'Erstein ou envoyer un mail à 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.

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 d'ALSACE et de la CCCE (papier, réseaux sociaux, site internet) sans limitation de durée. Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur responsable.

J'ai déjà rempli une fiche sanitaire de liaison au cours des vacances d'automne 2021 d'hiver 2022 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 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/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 :